



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICE-RECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO
CONDUCTUAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS QUE
ASISTEN A LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL REGIONAL ANITA
MORENO DELOS SANTOS, 2015

PRESENTADO POR
HÉCTOR D CAMARENA CIP 8-530-1217

Noviembre, 2015

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, estar conmigo en cada paso que doy, fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y por haber puesto en mi camino a personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

A mi madre, Pilar Camarena (QEPD), y hermana, Rufina Camarena (QEPD), por quererme y apoyarme siempre. Esto también se lo debo a ustedes. A mis hermanos, Andrea, Carlos Alberto, Iris María y Lorena Esther Gómez, por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho

A mi sobrino, José Dolores, y su hijo, Carlos José, para que vean en mí un ejemplo a seguir. A todos mis amigos, en especial Damans de León, Mantza, Yenela, Carmen Pérez, Rosmey, Ezequiel Montegro, por compartir los buenos y malos momentos. Y a todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto

Ustedes saben quiénes son

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a la Magíster Marnes Barnos, por la colaboración como asesora de este trabajo, por su paciencia y apoyo desde siempre, sobre todo por esa gran amistad que me brindó, y me brinda, por escucharme y aconsejarme

Al profesor Orlando Moscoso, por su ayuda cuando más la necesitaba, por ser una persona con la que puedo contar siempre, por el cariño y el ánimo que me da
A mis profesores Laura, Gina, Edgna, Melva, José Iván, Francisca, Román, por sus sabios consejos

A mis compañeros y mis amigos, con los que compartimos muchas experiencias y anécdotas Sandra Lezcano, Melida, Rita, Diana, Vladimir, Romelia, Brisilda, Michel, Sayand

En general, quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis de maestría en Psicología Clínica

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	4
SUMMARY	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
1 Aspectos generales sobre la diabetes mellitus	9
(a) Clasificación de la diabetes	10
(b) Los factores psicológicos como parte de un diagnóstico médico segun la clasificación diagnóstica DSM- V y con código CIE10	11
(c) Aspectos de salud mental en la diabetes	13
(d) Tratamiento médico de la diabetes mellitus	15
2 Situación de <i>diabetes mellitus</i> en Panamá y manejo ambulatorio	16
3 El impacto de diabetes en la vida de los pacientes y sus familias	17
4 Definición de un trastorno depresivo	20
(a) Signos y síntomas de la depresión	21
(b) Emociones y percepciones diferentes en la depresión	22
5 Clasificación de la depresión segun el CIE10 (2010)	23
6 Clasificación diagnóstica segun el DSM-IV-TR (2001)	24
7 Depresión en pacientes con diabetes mellitus	25

8	Escalas diagnósticas para el tamizaje de los trastornos depresivo	26
(a)	Beck Depression Inventory (BDI)	27
(b)	Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)	28
(c)	Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	30
(d)	Escala Beck	32
1	¿Por qué brindar un programa cognitivo conductual a estos pacientes diabéticos?	35
(a)	Modelos de intervención en trastornos depresivo	36
(b)	El modelo conductual socioambiental	37
(c)	Modelo de la indefensión aprendida	39
(d)	Modelo de integrador	39
(e)	Modelo autocontrol	40
(f)	Modelo cognitivo	41
2	Técnicas cognitivo-conductuales	45
(a)	Reestructuración cognitiva	45
(b)	Entrenamiento en habilidades sociales	46
(c)	Entrenamiento en relajación	48
(d)	Resolución de problemas	49
(e)	Tareas para la casa	51

3	La intervención grupal en trastornos depresivos en personas con enfermedades crónicas	52
CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO		55
1	Enunciado del problema	55
2	Justificación de la investigación	55
3	Planteamiento de objetivos	57
(a)	Objetivos generales	57
(b)	Objetivos específicos	57
4	Sujetos	58
(a)	Universo	58
(b)	Muestra	59
•	Métodos de selección de los participantes	59
5	Diseño de investigación	60
6	Formulación de hipótesis	63
(a)	Hipótesis conceptual	63
(b)	Hipótesis operacional	63
(c)	Hipótesis de trabajo o investigación	63
(d)	Hipótesis nula	64
(e)	Hipótesis estadística	64

7	Procedimiento de recolección de información	64
8	Descripción del instrumento para evaluar la depresión de Beck (BDI, BDI-II)	66
	(a) Propiedades psicométricas	68
	• Fiabilidad	68
	• Validez	69
9	Variables	69
	(a) Variable dependiente	69
	• Definición operacional	70
	(b) Variable independiente	71
10	Métodos de intervención	72
	(a) Planteamiento del tratamiento	72
	(b) Pensamientos (sesiones 1-4)	73
	(c) {Sesiones 5-8}	74
	(d) {Sesiones 9-12}	75
11	Procedimiento estadístico	77
12	Tratamiento e intervención terapéutica	78
	(a) Sesión No 1 introducción	79
	i Estructura de la primera sesión de terapia	79

(b)	Sesión No 2 Análisis de los pensamientos	86
I	Estructura de la segunda sesión	86
II	Hacemos una síntesis de lo realizado en esta sesión	94
III	Lograr la retroalimentación por parte del paciente	94
IV	Asignaciones de la tarea	94
(c)	Sesión No 3 ¿Cómo saber usar tus pensamientos para mejorar tu estado de ánimo?	95
I	Estructura de la sesión	95
(d)	Sesión No 4 ¿Cómo las relaciones con otras personas pueden afectar nuestro estado de ánimo?	102
I	Repaso de la sesión anterior	103
II	La importancia del contacto con otras personas	103
III	Ejercicios prácticos	104
IV	Retroalimentación	106
V	Resumen	106
VI	Asignación de tareas	107
VII	Cierre de la sesión	107
(e)	Sesión No 5 Identificación de los pensamientos automáticos	108
I	Estructura de la sesión	108

(f)	Sesión No 6 Reestructuración cognitiva	111
i	Estructura de la sesión	111
(g)	Sesión No 7 Reestructuración cognitiva y técnicas para hacer frente a los síntomas depresivos	116
i	Estructura de la sesión	116
(h)	Sesión No 8 Reestructuración cognitiva y técnicas placenteras para el manejo de los síntomas depresivos	119
i	Estructura de la sesión	119
(i)	Sesión No 9 Identificación y modificación de las creencias intermedias y técnicas para el manejo de los síntomas depresivos	123
i	Estructura de la sesión	123
(j)	Sesión No 10 Reestructuración cognitiva y entrenamiento asertivo	127
i	Estructura de la sesión	127
(k)	Sesión No 11 Solución de problemas y toma de decisiones	133
i	Estructura de la sesión	133
(l)	Sesión No 12 Integración y evaluación	136
i	Estructura de la sesión	136
	CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	140
1	Características del grupo de estudio	140
(a)	Resultados relevantes	144

2	Resultados o incidencias más relevantes del proceso terapéuticos	147
	CONCLUSIONES	150
	RECOMENDACIONES	152
	LISTA DE REFERENCIAS	153
	Anexo No 1 Reglas y compromiso para las sesiones de la psicoterapia	163
	Anexo No 2 Resumen de opiniones emitidas por los pacientes en una dinámica de "lluvias de ideas" sobre los síntomas de la depresión	165
	(Sesión No 1)	165
	Anexo No 3 Cómo entendemos la depresión (sesión No 1)	166
	Anexo No 5 Opiniones de los pensamientos destructivos y constructivos hechos por los pacientes (Sesión 2)	168
	Anexo No 6 Tarea para la casa registro de tus pensamientos	169
	Anexo No 7 Pensamientos negativos	170
	Anexo No 8 Práctica en la terapia internalizados pensamientos que nos hacen sentir bien (sesión No 3)	176
	Anexo No 9 Identificando nuestro pensamiento (A-B-C- D) (sesión No 3)	178
	Anexo No 10 Contacto con los demás y transparencia de opiniones emitidas por los pacientes sobre el contacto con los demás personas (sesión No 4)	179
	Anexo No 11 Identificar pensamientos y la emoción experimentada	182
	Anexo No 12 Formulario para identificar pensamientos automáticos y respuestas emocionales (sesión No 5)	183
	Anexo No 13 identificación pensamientos negativos y explicar las razones por las que son negativos	184
	Anexo No 14 Técnica de relajación de Edmund Jacobson (sesión 6)	185
	Anexo No 15 formulario de registro para la técnica de relajación	187
	(sesión No 7)	187
	Aquí se les hace retroalimentación de las técnicas de relajación y visualización y se les entrega un formulario para que hagan un registro de cómo se sintieron al momento de estar en la terapia	187

Anexo No 16 lista de cinco actividades potencialmente agradables (sesión No 8)	187
Anexo No 17 Formulano de Registro de actividades de dominio (sesión No 9)	188
Anexo No 18 Lista de actividades que las demás personas realizan (sesión 9)	188
	189
Anexo No 19A Hoja para anotar las frases pasivas, agresivas y asertivas	189
Anexo No 19B Práctica técnica del disco rayado)	191
INFORMES CLÍNICOS	192
CASO NO 1	192
CASO NO 2	196
CASO NO 3	200
CASO NO 4	205
CASO NO 5	209
CASO NO 6	213
CASO NO 7	216
CASO NO 8	220
CASO NO 9	224
CASO NO 10	228
CASO NO 13	239
CASO NO 14	243
CASO NO 15	247

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Un ejemplo de la clasificación de la diabetes	11
Tabla 2	Tratamiento de la diabetes mellitus segun tipo	15
Tabla 3	Puntos de corte recomendados para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados de acuerdo a la Escala de Beck	30
Tabla 4	La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, que oscila entre 0-60	31
Tabla 5	Los puntos de cortes para la evaluación e intervención	33
Tabla 6	Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido	68
Tabla 7	Variables secundarias	71
Tabla 8	Nivel anímico	85
Tabla 9	Posibles respuestas emocionales	110
Tabla 10	Preguntas y posibles respuestas (emocional)	111
Tabla 11	Cuestionario	113
Tabla 12	Evaluando su ejercicio de relación	118
Tabla 13	Lista de actividades agradables (algunos ejemplos)	122
Tabla 14	Indicando frases pasivas, agresivas y asertivas	131
Tabla 15	Práctica de la técnica del disco rayado (Anexo No (19B)	132
Tabla 16	Cuadro de análisis para la toma de decisiones	135
Tabla 17	Descripción de las variables más importantes de cada paciente	140
Tabla 18	Resumen de los datos de la escala de Beck por pregunta, antes y después del tratamiento	143

Tabla 20 Valor de t de student para cada pregunta de la escala de Beck aplicada a los 15 participantes antes y después de la terapia (p 0,05, Valor crítico 1,76)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la muestra de acuerdo al estado civil	141
Figura 2 Distribución de la muestra de acuerdo a la escolaridad	141
Figura 3 Distribución de la diferencia de los valores en las escalas de Beck antes y después de la terapia (Los valores negativos, pero para facilidad del lector se colocan sin signo)	142
Figura 4 Puntuación antes y después para cada sujeto en estudio	144

RESUMEN

El presente estudio ha tenido como propósito esencial la aplicación y evaluación de un programa cognitivo conductual para el manejo de los síntomas depresivos en pacientes diabéticos que asisten a la consulta externa del hospital Regional Anita Moreno de Los Santos. A través de un diseño de investigación de pretest y postest, con un solo grupo, fue evaluada la efectividad de una intervención cognitivo conductual en un grupo aplicado a pacientes diabéticos que presentaban síntomas depresivos a causa de la enfermedad. El tratamiento fue ofrecido en doce sesiones, una vez por semana con una duración de dos horas cada sesión. Dentro de las técnicas y pruebas psicológicas, se administra la escala de Beck, y se aplicaron entrevistas estructuradas, y hojas de registros para evaluar el avance de las terapias. Los resultados de la investigación señalan que el promedio de puntuación inicial fue 18 ± 4 y al final de 6 ± 2 . El uso del estadístico t para muestras apareadas nos da un valor de 21,4, que mayor que el valor crítico de 1,76 para una $p = 0,05$ y $g.L = 14$. Con base en lo anterior se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la diferencia en las puntuaciones antes y después, es estadísticamente significativa. Además, se realizó el análisis de las diferencias de las respuestas por preguntas de la escala de Beck, en cual el valor fue de t de Student para cada pregunta aplicada a los 15 participantes antes y después de la terapia ($p = 0,05$, valor crítico 1,76). Podemos evidenciar que entre mayor sea el valor del estadístico, mayor será la significancia del cambio en las preguntas del instrumento utilizado.

SUMMARY

This study mainly focuses on the implementation and evaluation of a cognitive behavioral program for the management of depressive symptoms in patients with diabetes who attend to outpatient at Anita Moreno Hospital in Los Santos. Using a research design -pretest and posttest- with one sole group, it was evaluated the effectiveness of a cognitive behavioral intervention in a group of patients with diabetes suffering from depressive symptoms because of the disease. The treatment was offered in twelve sessions once a week for two hours' period per each session. Besides, there were used the techniques and psychological tests, such as the scale of Beck and were administered some structured interviews and leaves of records to assess the progress of therapies. The results indicate that the average baseline score is 18 ± 4 and 6 ± 2 . The t statistic for paired samples gives a value of 21.4, which is greater than the critical value of 1.76 for $p = 0.05$ and GL 14. Based on the mentioned above, the null hypothesis is rejected, and it is concluded that the difference in scores has great statistical impact. Besides, further analysis was performed using the differences in responses of every questions in the Beck scale in which the value of T student for each question was applied to the 15 participants before and after therapy ($P = 0.05$ critical value 1.76). To sum up, we can show that the higher the value of the statistic is, the greater the significance of the change in the question of the instrument used.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende conocer la respuesta de pacientes diabéticos con síntomas depresivos que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Anita Moreno ante un abordaje terapéutico cognitivo conductual

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, por lo cual es de gran importancia conocer la relación entre la depresión, la diabetes y el impacto en la calidad de vida del individuo afectado

El objetivo de la investigación es reducir los niveles de depresión y su sintomatología característica en pacientes adultos con *diabetes mellitus*. Para ello, serán evaluados pacientes diabéticos en edades comprendidas entre los 18- 50 años que acuden a la consulta de diabetes en el Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos, utilizando el inventario de depresión de Beck – instrumento de evaluación psicológica conformado por 21 ítems que mide diferentes síntomas cognitivos, afectivos, somáticos e interpersonales de la depresión

Luego de determinar qué pacientes presentan síntomas depresivos, se les ofrecerá un protocolo de terapia cognitiva conductual dentro del paradigma de Aaron T. Beck, y finalmente se les repetirá el inventario para evaluar si existen diferencias significativas después de la intervención psicológica

La presente investigación se desglosará de la siguiente manera: en el primer capítulo se habla de los conceptos y planteamientos teóricos como

bases para esta investigación. En el segundo capítulo se hace mención del tratamiento, modelos psicológicos y técnicas de intervención para el manejo de los síntomas depresivos. En el tercer capítulo conoceremos la justificación, objetivos, diseño muestral, variables estudiadas y procedimientos estadísticos. En el cuarto capítulo se exteriorizará la presentación y análisis de los resultados. Por último, se presentan conclusiones y recomendaciones emanadas de esta investigación.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Aspectos generales sobre la diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad endocrinológica, sistémica, crónica y degenerativa que se produce a consecuencia de un trastorno metabólico ocasionado por una deficiencia del páncreas para producir insulina. Es controlable y de buen pronóstico si se detecta en su inicio y a la edad más temprana posible, de lo contrario puede afectar el corazón, a los ojos, los riñones y el sistema nervioso, y en su historia natural puede llegar a la muerte, porque tiene la peculiaridad que durante largo tiempo es asintomática. Entre sus síntomas está la excesiva excreción de orina.

De acuerdo al *Instituto Nacional de la Salud Mental* (2012), la diabetes es considerada una enfermedad que afecta la manera en que el cuerpo utiliza los alimentos digeridos como fuente de energía.

La mayoría de los alimentos que consumimos se descomponen y se convierten en un tipo de azúcar llamado glucosa. La glucosa es una fuente importante de energía para el cuerpo y la principal fuente de energía para el cerebro. El cuerpo también produce una hormona llamada insulina. La insulina ayuda a las células en todo el cuerpo a absorber la glucosa y utilizarla como fuente de energía.

La diabetes reduce o destruye la capacidad del cuerpo para producir o utilizar la insulina de manera apropiada Sin insulina, la glucosa se acumula en la sangre y las células del cuerpo carecen de energía (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2012)

(a) Clasificación de la diabetes

Hay diferentes tipos de diabetes de acuerdo a su causa, curso clínico y tratamiento Tébar y Escobar, (2009) las clasifica en

- Diabetes mellitus
- Diabetes gestacional
- Intolerancia a la glucosa

La diabetes primaria se clasifica en tipo 1 y 2 Estas presentan algunas características generales, tales como las clasificamos en la *Tabla 1*

Tabla 1: Un ejemplo de la clasificación de la diabetes

Característica	Tipo 1	Tipo 2
Clínica	Antes de los 20 años, peso normal, disminución de insulina en la sangre, anticuerpos contra células del islote, común la cetoacidosis.	Después de los 30 años, obeso, insulina normal o aumentada en la sangre, no hay anticuerpos, raro la cetoacidosis.
Genética	50% concordancia en mellizos, ligada a HLA-D	90 a 100% concordancia en mellizos, no asociada a HLA-D.
Patogenia	Autoinmune. Mecanismo inmunológico. Déficit de insulina severo.	Resistencia a la insulina. Déficit de insulina relativo.
Páncreas	Insulitis temprana, atrofia y fibrosis marcada, depleción de células beta.	No hay insulitis, atrofia focal, y amiloide, leve depleción de células beta.
Frecuencia	10 a 20% de todos los casos de diabetes.	80 a 90% de los casos, y existen variedades: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obeso ▪ No obeso ▪ Diabetes de la juventud, de madurez tardía, autosómica dominante.

Fuente: Robbins S. L., Cotran R. S., Kumar V. (1997). *Manual de Robbins: Patología estructural y funcional*. New York, NY: McGraw-Hill, Interamericana-Hill. Cap. 21:406-410.

(b) Los factores psicológicos como parte de un diagnóstico médico según la clasificación diagnóstica DSM- V y con código CIE10

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, López y Valdés (2002) mencionan la existencia de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, como en el caso de la diabetes, especialmente dentro de los apartados

factores psicológicos que afectan el estado físico, por ejemplo, los síntomas psicológicos que afectan a la *diabetes mellitus*

Igualmente, en los *CIE-10 trastornos mentales y del comportamiento* se menciona que los factores psicológicos y del comportamiento pueden presentarse en trastornos o enfermedades clasificados de modo distintos en otras organizaciones (Organización Mundial de la Salud Ginebra, 1994) El enfoque dado por la *Asociación Americana de Psiquiatría* y los *CIE-10 trastornos mentales y del comportamiento* sostiene la idea de que los factores psicológicos pueden influir, de manera significativa, sobre el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico en los que cabe mencionar

- 1 Alterando el curso de la enfermedad esto puede ser inferido por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo, exacerbación o retraso en la recuperación de la condición médica general
- 2 Interferiendo con el tratamiento de la condición médica general (como, por ejemplo, reduciendo la adherencia al tratamiento médico)
- 3 Constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo (como, por ejemplo, continuar con una sobrealimentación cuando se padece de diabetes)
- 4 Precipitando o exacerbando los síntomas de la condición médica general a través de respuestas fisiológicas asociadas a los síntomas depresivos (Asociación Americana de Psiquiatría et al , 2002, pág 818)

Al enfrentarnos con una enfermedad médica como la diabetes, debemos, de acuerdo al *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, realizar el diagnóstico diferencial con un trastorno debido a una enfermedad médica. La diferencia entre los factores psicológicos que afectan al estado físico y un trastorno mental debido a una enfermedad médica se debe a la presumible causalidad (López y Valdés, 2001). Cuando los factores psicológicos afectan la enfermedad médica, se considera que los factores psicológicos o de comportamiento afectan el curso de la enfermedad, mientras que en el trastorno mental debido a una enfermedad médica se presume que la enfermedad médica causa el trastorno mental. El trastorno mental que se caracteriza por la presencia de síntomas mentales se considera una consecuencia directa de la enfermedad médica.

(c) Aspectos de salud mental en la diabetes

Se reconoce que el estrés eleva los niveles de glicemia y la presión arterial. Al mismo tiempo, se ha demostrado que las personas con diabetes presentan el doble de riesgo de padecer una depresión clínica, y cuando esta ocurre, se asocia a un pobre control metabólico de dieta con efectos negativos en la calidad de vida de estas personas.

Al mismo tiempo, las personas con diabetes, aunado a los problemas que enfrenta una persona en igualdad de condiciones socioambientales, confronta la

realidad de vivir con una enfermedad crónica que les obliga a realizar cambios sustanciales en su estilo de vida (alimentación, ejercicio, manejo de las emociones, entre otros)

Por todo lo anterior expuesto, es recomendable que las personas con diabetes reciban un control por parte del equipo de salud mental al menos una vez al año. De igual manera, el equipo de salud deberá incluir además de sus controles un componente psicoeducativo que les permita mejorar sus habilidades ante la vida, los síntomas de la depresión y ansiedad, y la búsqueda de atención oportuna para los mismos.

A continuación, incluimos algunos elementos para la psicoeducación en el manejo del estrés en personas con diabetes:

- 1) Higiene del sueño
- 2) Realización regular de actividad física
- 3) Aprendizaje y práctica de técnicas de relajación, respiración o meditación
- 4) Realización de actividades placenteras – escuchar música, leer un libro, practicar un hobby de manera regular
- 5) Reír La risa es un excelente reductor del estrés y tiende a ser contagiosa

En la psicoeducación también se debe incluir a los padres y otros cuidadores de las personas con diabetes. Ellos tienen sus propias necesidades emocionales. Aquellas personas cercanas a diabéticos pueden y deben aprender de la

enfermedad y los temas emocionales relacionados misma, y ésta educación es una responsabilidad de los equipos de salud.

De igual forma, los grupos terapéuticos (grupos de diabéticos) juegan un papel vital como estrategias en la psicoeducación, ya que deben aprender a formarlos, asesorarlos y darles seguimiento apropiado.

(d) Tratamiento médico de la diabetes mellitus

La *Guía para la enseñanza en diabetes mellitus: Primer nivel de atención en salud* de Padilla, Aráuz, y Sánchez (2002) recomienda (Tabla 2) el siguiente tratamiento para las personas con *diabetes mellitus*.

<i>Tabla 2. Tratamiento de la diabetes mellitus según tipo</i>	
Diabetes Tipo I	Diabetes Tipo II
Plan de alimentación	Plan de alimentación
Ejercicio físico	Ejercicio físico
Insulina	A veces medicamentos hipoglucemiantes orales, glibencamida

Estas autoras hacen hincapié en que el paciente diabético debe llevar un plan de alimentación adecuado, como también establecerse un horario de comidas, tener un conveniente programa de actividad física a diario, conocer sobre la insulina o hipoglucemiantes: dosis y aplicación (horarios). También hablan de la importancia de asistir a las citas médicas, asociaciones de diabéticos, y citas con enfermera y nutricionista.

2 Situación de *diabetes mellitus* en Panamá y manejo ambulatorio

La *diabetes mellitus* es una enfermedad universal y ampliamente extendida en todo el mundo que afecta en la actualidad a más de 110 millones de personas. En América Latina, hay más de 15 millones de personas afectadas. En Panamá, se estima entre 150,000 a 200,000 personas con diabetes. “Actualmente es la quinta causa de muerte en el país,” siendo la *diabetes mellitus* tipo 2 la de mayor prevalencia entre la población diabética, la cual representan el 85-90% de los casos, mientras que el 15% corresponde a la *diabetes mellitus* tipo 1. La cual afecta a la mujer en un 70% y que al hombre en un 30%. Anualmente se diagnostican unos 4 mil casos de esta enfermedad, que aparece con mayor frecuencia después de los 40 años y los casos de defunción aumentan después de los 60 años (Panamá, 2005). Se estima que el 10% de la población panameña padece de diabetes, esto sería, para el año 2013, de acuerdo a estimaciones poblacionales del INEC, unas 366,200 personas (Dirección de Estadística y Censo, 2015). En el caso de Los Santos, la tasa de mortalidad ajustada de diabetes para el 2011 es de 22.6 para las mujeres, 14.4 para los hombres y 18.1 por 100 000 de acuerdo a datos del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud (2012).

En la *Guía para la atención integral de las personas con diabetes mellitus* (2009), se señala que, en todos los centros de salud dentro del Programa de Salud

del Adulto, y en todos los programas donde haya población con diabetes, se debe dar seguimiento sistematizado a esta población incluyendo además los controles médicos y farmacológicos, educacionales y de atención especializada por el equipo de salud mental a nivel ambulatorio. Esta guía detalla incluso las actividades a realizar en cada consulta las cuales hacen inferir en el manejo interdisciplinario (Organización Panamericana de la Salud, 2009)

3 El impacto de diabetes en la vida de los pacientes y sus familias

Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de tal afección, los cuales generalmente están acompañados no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas que, como la depresión, afectan la calidad de vida y el estado de salud del paciente, aunque este puede ser esto el caso de cualquier enfermedad, esta realidad se observa con mayor tenacidad durante una enfermedad crónica, por lo que la presencia de una red de apoyo jugará un rol fundamental para la supervivencia

del enfermo (Oblitas, 2006) En este sentido, la familia es considerada como la primera red de apoyo, ya que ésta tendrá que convivir simultáneamente con el enfermo y su enfermedad (Parker, 2001)

La diabetes no es la excepción, el curso de la enfermedad, desde su diagnóstico en adelante, tendrá una repercusión en la vida de la familia, en su dinámica interna, en el clima emocional de todo el sistema, así como en los roles de sus miembros e incluso las jerarquías (Duarte, 1993, Navarro, 2004) Por ejemplo, si un paciente diabético llegara a perder la vista por una retinopatía o un miembro inferior por una neuropatía, el paciente se encontrará en una posición de minusvalía en la cual se verá obligado a renunciar a la cabeza de la estructura jerárquica

Así como la enfermedad tiene repercusiones en la familia, la forma en la que ésta reciba y conviva con la enfermedad tendrá su respectivo impacto en el curso de ésta (Navarro, 2004) La familia del diabético vivirá cambios que van desde los hábitos alimenticios hasta las intervenciones en crisis, en casos de shocks hipoglicémicos o comas diabéticos, por ejemplo

El 90 ó 95% del cuidado del paciente con diabetes se hace en casa, o sea, que está a cargo de él mismo, y en alguna medida del familiar más comprometido con la tarea de controlar la diabetes (Jiménez y Marmolejo-Ramos, 2005) Por esto se entiende que la familia es una red de apoyo, que conozca los procedimientos de administración de insulina, las formas de medición de la glicemia, y los productos que su familiar puede consumir, que aporte con menus nuevos, y que

se actualice en información médica moderna, todo lo cual significa implicarse con la familia y con el enfermo

De todas formas, el paciente acudirá a redes externas a su familia, como los centros de salud, los grupos de apoyo, etc. Pero generalmente será la familia la que busque estas redes de apoyo y la que se encargue de comprometer al diabético con su asistencia, su participación o su adherencia a lo que implique el tratamiento (Oblitas, 2006). Lo anterior significa que la familia del diabético juega un papel importante en viabilizar los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, en la actividad física, en el aporte de información actualizada y en convertirse en soporte emocional para el paciente, fuente de ánimo y optimismo para controlar la enfermedad y vivir una vida normal y plena.

Las habilidades del paciente para enfrentar los problemas pueden influir en la capacidad del individuo para cambiar o aprender nuevos comportamientos. Los pacientes con diabetes y sus familiares pueden experimentar una amplia gama de emociones que van desde la indignación, culpa, y depresión hasta la aceptación. Generalmente, la depresión es mayor en personas con enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes. Estas emociones pueden inmovilizar a las personas en sus esfuerzos por participar activamente en el autocontrol de su enfermedad y a menudo el temor provocado por la falta de conocimientos, causa subyacente de la incapacidad para actuar.

4 Definición de un trastorno depresivo

La depresión es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado

El trastorno más común del estado de ánimo es la depresión, un estado en que la persona se siente abrumada por la tristeza, pierde interés en las actividades y muestra otros síntomas como culpa excesiva o sentimientos de minusvalía

Las personas que sufren de depresión son incapaces de experimentar placer en las actividades que alguna vez disfrutaron. Están cansadas y apáticas, y, en ocasiones, a extremo de no poder tomar las decisiones cotidianas más simples. Pueden sentir que han fracasado por completo en la vida y tienden a culparse por sus problemas

La gente gravemente deprimida a menudo sufre insomnio y pierde interés por la comida y el sexo. Con frecuencia, tiene problemas para pensar o concentrarse, e incluso encuentran difícil leer el periódico (en casos extremos). En efecto, algunas investigaciones indican que los primeros signos de inicio de la depresión suelen ser por la dificultad para concentrarse y cambios sutiles en la memoria de corto plazo (Williams y Maun, 2000). En casos muy serios, la gente deprimida se ve atormentada por pensamientos suicidas e incluso pueden intentar suicidarse (Cicchetti y Aber, 1998)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (1996) la depresión es un estado persistente y grave de ánimo decaído, el cual la persona se siente

Segun la Asociación Americana de Psiquiatria (1996) la depresión es un estado persistente y grave de ánimo decaído, el cual la persona se siente confundida respecto a si misma, y pierde el interés o el placer por actividades habituales de la vida. Para algunas personas puede comenzar subitamente, pero para otras tan paulatinamente que están seguras de que siempre se han sentido así.

La depresión es una de las enfermedades médicas más comunes. Aproximadamente el 23% de todas las personas experimentarán un episodio de depresión alguna vez en su vida. Segun asegura la *Organización Mundial de la Salud*, en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas y que, debido a la estigmatización que todavía existe, hace que muchos de estos afectados no reconozcan su enfermedad ni busquen tratamiento (Saxena, Taghi Yasamy y Jasarevic, 2012). Muchas de las personas con depresión manifiestan múltiples síntomas físicos y no explican de forma espontánea los síntomas emocionales. La cultura puede influir en la comunicación de los síntomas de depresión, por ejemplo, la cultura latina y las experiencias depresiva pueden expresarse por la queja de “nerviosos o nerviosismos”. Las variaciones individuales requieren personal especializado en el manejo de la depresión.

La elevada incidencia de la depresión, la importante morbilidad asociada a suicidios y los beneficios potenciales del trastorno son factores que subrayan la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico certero.

(a) Signos y síntomas de la depresión

- a) Cambios en comportamientos y en actitud
- b) Retraso general en el trabajo, descuido en las responsabilidades y apariencia física, pérdida de apetito, agitación y exceso de actividad sin metas poco definidas
- c) Mala memoria, inhabilidad, problemas para concentrarse,
- d) Irritación, quejarse muchas veces de las tareas que antes parecían actividades nutricionales

(b) Emociones y percepciones diferentes en la depresión

- a) Vacío emocional, displacer en las actividades diarias, desesperación
- b) Pérdida del apetito sexual o de los sentimientos de cariño por el hogar o por los amigos
- c) Demasiadas acusaciones contra sí mismo, sentido de culpabilidad o pérdida del amor propio, lo que conduce a veces a acciones de suicidio
- d) Ataques de depresión sin ninguna razón física
- e) Problemas con el dormir, tales como despertarse demasiado temprano, mucho insomnio
- f) Fatiga crónica (astenia)
- g) Dolores de cabeza, de espalda y achaques similares sin razón

h) Mala digestión, dolores estomacales

5 Clasificación de la depresión según el CIE10 (2010)

La clasificación del CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave con o sin síntomas psicóticos (World Health Organization, 2010). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, y aumento de la fatigabilidad cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas.

De acuerdo al CIE10, en los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo (World Health Organization, 2010).

El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido, la autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas, incluso en las formas leves a menudo están presentes ideas de culpabilidad o inutilidad.

El estado anímico bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados “síntomas somáticos”, como son pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la habitual, empeoramiento matutino del

humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave (World Health Organization, 2010)

6 Clasificación diagnóstica según el DSM-IV-TR (2001)

De acuerdo a la clasificación del DSM-IV-TR (2001), cuando hablamos de depresión debemos tener presente cinco o más de los síntomas siguientes por un período de dos semanas y que representen un cambio en el cuadro clínico. Uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Estos síntomas se describen de la siguiente manera:

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros
- (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días
- (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días
- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

- (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo)
- (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros)
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico (Frances y Ross, 2001)

7 Depresión en pacientes con diabetes mellitus

En los pacientes diabéticos, con cierta frecuencia presentan depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Además, cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, se ha cursado con control irregular de cifras de glicemia, también se pueden manifestar síndromes depresivos.

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión. Sin embargo, depende de cada persona que la diabetes preceda o suceda el inicio de la depresión, según Lustman, Williams, Sayuk, Nix y Clouse (2007).

Los hallazgos de algunas investigaciones confirman la presencia de una relación significativa entre la depresión y las complicaciones crónicas de la diabetes, como la retinopatía, nefropatía, neuropatía, alteraciones vasculares y disfunción sexual. Los autores opinan que deben realizarse estudios longitudinales prospectivos para identificar los mediadores de esta asociación.

Estudios realizados por la *Universidad de Washington* muestran una relación entre la depresión, la diabetes, la hiperglicemia y otras complicaciones de este desorden metabólico. Además, se ha determinado que la diabetes duplica las desavenencias de la depresión (Lustman et al , 2007).

El padecer depresión no solo afecta el estado anímico del paciente, sino que además influye notablemente en su adhesión al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad. Por lo tanto, se puede considerar que el encontrarse deprimido puede ser una de las causas por las que no se obtenga un adecuado cumplimiento del tratamiento médico y nutricional por parte de los pacientes que padecen de *diabetes mellitus*, lo que se traduce en la carencia de mejoría de su estado de salud general y de sus niveles de glucosa en sangre.

8 Escalas diagnósticas para el tamizaje de los trastornos depresivos.

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal

determinado, permitiendo la graduación de cada ítem y obtener una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica.

Las escalas autoevaluables son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisar unos niveles elevados de formación y experiencia.

Las escalas autoevaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es éste el último que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado.

Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son

- Beck Depression Inventory (BDI)
- Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

(a) Beck Depression Inventory (BDI)

BDI es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. BDI es el de mayor porcentaje de síntomas cognitivos, entre los que se destacan la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

La versión original de 1961 consta de 21 ítems. Posteriormente se publicaron dos posteriormente dos revisiones: la *BDI-IA* en 1979 y la *BDI-II* en 1996 (Beck, Steer y Brown, 1996). Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975 (Beck, Steer, Brown, Sanz y Vázquez, 2011).

La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido (J. Beck y A. Beck, 2000).

En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. En la mayoría de los ensayos clínicos incluidos en la guía del *Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)* se emplea la versión I.

Cada ítem se valora de 0 a 3, cuya puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad (Schlander, 2007).

(b) Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)

La *escala de Hamilton para la depresión* es una escala autoaplicable diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, y es una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida, realizada por el mismo autor, de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems, constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21 (Hamilton, 1995).

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento.

En la versión de 21 ítems, los ítems adicionales son desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos (Hamilton, 2005). Esta escala es difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de

sintomas de ansiedad y síntomas y síntomas somáticos Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices melancolía, ansiedad y sueño (Hamilton 1995)

Las puntuaciones de cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13), ansiedad (ítems 9-11), y sueño (ítems 4-6) No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem (*Tabla 3*), con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems, que en la versión española es de 0 a 54

Tabla 3 Puntos de corte recomendados para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados de acuerdo a la Escala de Beck

	No depresión	Ligera menor	Moderada	Grave	Muy grave
2000	0-7	8-13	14-18	18-23	>24

Fuente: Hamilton, M (1995) *Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión (HRSD)* Madrid Fundación Universidad-Empresa

Para la evaluación de respuesta a un tratamiento, se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala, como respuesta parcial, una disminución entre el 25 y 49%, y no respuesta, una reducción de menos del 25% En los ensayos clínicos, el criterio de inclusión más utilizado fue una puntuación ≥ 18 y considera remisión una puntuación ≤ 7

(c) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* es una escala heteroaplicada publicada en {1979} que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión, obtenidos a partir de *la Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)* (Ásberg, 1978). La escala debe ser administrada por un clínico, y existen versiones autoaplicadas.

Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación de cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar la información de fuentes distintas del paciente. Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante.

El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días, y la validación de las versiones en español fue realizada en 2002 (Baer y Blais, 2010). No existen puntos de corte definidos, pero, los recomendados son:

Tabla 4. La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, que oscila entre 0-60

	No depresión	Ligera/ menor	moderada	Grave
Baer 2004	0-6	7-19	20-34	35-60

Para la evaluación de respuesta a un tratamiento, al igual que en la HAM-D, se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25 y 49%, y no respuesta como una reducción de menos del 25%. Se considera remisión unos valores $\leq 8-12$.

Como conclusión, las escalas más empleadas en los trabajos de investigación de la depresión son la BDI, la MADRS y la HAM-D. Estos instrumentos nos permiten realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento. La HAM-D y la MADRS, al tener mayor carga de síntomas somáticos, son de difícil evaluación en pacientes con patología médica, frente a la escala BDI, que evalúa de forma predominante los aspectos cognitivos de la depresión.

(d) Escala Beck

El cuestionario fue creado por el doctor Aaron Temkim Beck, profesor de psiquiatría de la Universidad de Pensilvania. A principios de los 60 desarrolló la llamada terapia cognitiva, cuando puso en marcha una serie de experimentos para demostrar algunos de los preceptos fundamentales del psicoanálisis. Pero no logró su objetivo, lo que le llevó a buscar otras formas de terapia (Beltrán, Freyre y Hernández, 2012).

La *escala de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)* se ha convertido en el instrumento más utilizado para evaluar si una persona sufre una depresión. Entre sus múltiples ventajas destaca su rapidez, pues se contesta en relativamente pocos minutos y proporciona los resultados correctos y exactos, aunque no proporciona la máxima fiabilidad, porque si alguien pasa por el inventario en un momento distinto. La escala de inventario muestra unos resultados diferentes dependiendo de los cambios en el estado mental del paciente, ya que la prueba última es la depresión (Beck et al., 2011).

Tabla 5. Los puntos de cortes para la evaluación e intervención

1- De 0 –9 puntos	No deprimido
2- De 10-15 puntos	Ligeramente deprimido
3- De 16-25 puntos	Moderadamente deprimido
4 -De 26—62 puntos	Gravemente deprimido

La intervención psicológica dependerá del puntaje evaluando por el clínico.

CAPÍTULO II
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO
DEPRESIVO

CAPÍTULO II. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO

1. ¿Por qué brindar un programa cognitivo conductual a estos pacientes diabéticos?

Las personas que tienen que afrontar la diabetes tienen más probabilidades de verse afectadas por problemas de salud mental que quienes no tienen la afección. Probablemente, el autocontrol sea más difícil ante la presencia de trastornos de este tipo. Se ha reconocido que la detección de estos problemas en consultas breves por profesionales tiende a ser problemática si no hay un enfoque estructurado. Por tal motivo, sería de gran utilidad e importancia para el grupo de pacientes diabéticos de consulta externa del hospital Regional Anita Moreno recibir un programa cognitivo conductual.

Cabe destacar que el alto costo que conlleva el padecer de diabetes no solo hace referencia al tratamiento que brindan los sistemas de salud en Panamá, sino también a las afectaciones psicológicas emocionales que pueden padecer el paciente y sus familiares como redes de apoyo en el manejo de la diabetes.

Los aspectos psicosociales de la atención diabética han sido descritos en muchas guías basadas en la prevalencia, que suelen mostrar la depresión como doblemente prevalente en personas con diabetes si la comparamos con la población general, y a menudo sin detectar (como se cita en López et al. ,1994).

Un programa cognitivo conductual podrá contribuir a la reducción de los síntomas depresivos y ayudará al paciente a cambiar ideas, y paradigmas erróneos que pueden experimentar tener como consecuencias de padecer una enfermedad crónica como es la diabetes

Snoek y Skinner (2007) describen una intervención grupal cognitivo-conductual (desarrollada por su equipo de trabajo) para mejorar las destrezas de afrontamiento y el control glucémico. Los resultados preliminares sugieren que la intervención mejoró el control glucémico y los síntomas relacionados con la diabetes. La terapia cognitivo-analítica también se ha utilizado en pacientes con pobre control glucémico y ha demostrado mejorías en las relaciones interpersonales y el control glucémico (Fosbury, Bosley, Ryle, Sonksen y Judd, 1997).

La psicoterapia cognitiva conductual ha sido una de las aproximaciones terapéuticas de mayor crecimiento y popularidad en años recientes en otros países, como, por ejemplo, España, Estados Unidos, Italia y Argentina. La terapia cognitiva conductual también es un modelo de tratamiento de otras enfermedades, aparte de la depresión, como lo son ansiedad y personalidad.

(a) Modelos de intervención en trastornos depresivo

La perspectiva científica de la salud mental, la psicología y la psiquiatría, rechaza la búsqueda de una única causa para la depresión, debido a la

observación de una génesis multifactorial con varias dimensiones que abarcan desde la naturaleza más estrictamente biológica hasta la psicológica o psicosocial

Ceballos (2010) subdivide la etiopatogenia en factores genéticos, somáticos (enfermedades, tratamiento médico), psicológicos, socioculturales, ambientales, de personalidad y alteraciones bioquímicas por posible déficit ó desequilibrio de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina)

Muchos de estos factores, más que etiológicos, son elementos que aumentan el riesgo o la vulnerabilidad de padecer el trastorno, pero dejan clara la naturaleza biopsicosociológica de la depresión

Tras definir nuestra perspectiva, pasamos a comentar los modelos teóricos que fundamentan las intervenciones terapéuticas

(b) El modelo conductual socioambiental

El presente modelo supone que la persona deprimida actúa influenciada por su entorno y entiende que las manifestaciones cognitivas son producto de manifestaciones de conductas mal adaptadas que varían a medida que se modifique la conducta

Los principales representantes de esta forma de pensar son Lewinsohn y Ferster, quienes deducen que la conducta depresiva surge de una pérdida de refuerzo positivo. Paykel, Myers y Dienelt confirman en un estudio longitudinal de campo que las personas depresivas reciben menos refuerzo de su ambiente que la muestra de control. Lewinsohn y Graff observan un bajo nivel de actividades

agradables en comparación con las personas normales (Thase, 2009) Según aquellos representantes, varios factores pueden o contribuir a la depresión

- La tasa de conducta no depresiva disminuiría a consecuencia de su no reforzamiento y/o por cambios en su ambiente, (pérdida de un ser querido, trabajo)
- Cuando exista un empobrecido repertorio de habilidades sociales, la persona tendrá más dificultad para obtener fuentes de refuerzo alternativas
- Pérdida de efectividad de los reforzadores disponibles
- Falta de acontecimientos reforzantes y/o ausencia de condiciones sociales necesarias para conseguir refuerzo

La diferencia en aptitudes sociales hace que unas personas se depriman y otras no ante la pérdida de reforzamiento y que la conducta depresiva se mantenga, una vez instaurada, por su nocividad para los integrantes de su entorno, quienes evitan la interacción con la persona afectada (Burguess-Lewinsohn) El mismo resultado se produce cuando algunas personas invitan al deprimido a contar sus ruminaciones y prestan atención a su estado de ánimo, con lo que refuerzan la conducta problema (Lieberman-Rasquin) Se ha llegado a sugerir que el intento de suicidio puede ser un último recurso para obtener reforzamiento (Thase, 2009)

(c) Modelo de la indefensión aprendida

El modelo "*Learned Helplessness*" de Seligman surge de la experimentación con animales, donde se observó que cuando unos perros habían sido expuestos a vanos ensayos de conmoción eléctrica sin posibilidad de escape, por estar sujetos por arneses, no aprendían a huir cuando la respuesta era posible. A este modelo se le denominó "indefensión aprendida", y los resultados fueron replicados en seres humanos por Hiroto en 1974 (López, Sánchez, Sotelo, Rodríguez, 1994).

Seligman (1975) refiere que las personas depresivas, debido a un historial de fracaso en el abordaje de situaciones de tensión, poseen una expectativa negativa de éxito ante futuras situaciones. La persona ha aprendido a desesperarse o tiene una indefensión aprendida. El deprimido espera que ocurran cosas desagradables, sobre las que su conducta tiene poca o nula influencia, por lo que contribuye los acontecimientos negativos a factores internos (debidos al individuo), estables (no cambian con el tiempo) y globales (abarcan un amplio espectro de situaciones).

(d) Modelo de integrador

Resulta necesario un aumento de flexibilidad y una disminución de rigidez teórica que permita tener una mentalidad abierta y admitir la génesis multifactorial biopsicosociológica de la depresión. Los modelos previamente mencionados pueden estar en la génesis de la depresión o, en su defecto, aumentar el riesgo.

de padecerla y colaborar en su mantenimiento (López et al , 1994) Sin duda, los planteamientos teóricos expuestos son indispensables para comprender las terapias que exponemos a continuación y un modelo conductual integrado postularía que la conducta depresiva es un fenómeno cognitivo, conductual y afectivo con causalidad recíproca La activación en uno de sus componentes puede influenciar a los demás La depresión sería una reacción global del organismo ante estímulos del medio externo o interno Estaríamos ante un fenómeno biopsicosociológico, con mayor afectación en unas áreas que en otras, pero indisolublemente unido y en constante interacción

(e) Modelo autocontrol

Rhem (1981), sugiere que el depresivo presenta déficits de autocontrol asociados a los elementos básicos de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo La persona deprimida presta más atención a los sucesos negativos (autoobservación), presenta criterios rigurosos de autoevaluación y se dispensa a sí mismo bajas tasas de reforzamiento positivo, en tanto que las tasas de autocastigo son altas (como se cita en López et al , 1994)

El modelo acepta la importancia de las cogniciones para contribuir a la depresión y observa cómo el movimiento socioambiental, en el refuerzo positivo es esencial para el mantenimiento de la conducta no depresiva

La depresión estaría en función del grado de estrés y de la habilidad de autocontrol que el sujeto posea para combatirlo

(f) Modelo cognitivo

Epicteto (50 a 130 D C) y Marco Aurelio decían " si estás apenado acerca de un suceso, no es el suceso lo que te hiere, sino tu propio juicio respecto a él. Está en ti mismo poder eliminar ese juicio" (como se cita en López et al , 1994)

Las cogniciones de la persona determinan como siente y actúa (Cantwell y Carlson, 1987). Las emociones no surgen de los sucesos, sino de los pensamientos acerca de ellos. Esto explica por qué unas personas se deprimen y otras no ante idénticas situaciones.

El autor más representativo del modelo es A T Beck, psicoanalista que abandonó su modelo terapéutico inicial al apreciar que los pacientes depresivos dependen menos de sus conflictos sexuales que de sus pensamientos e ideas.

Para J S Beck y A T Beck (2000), la persona depresiva ha tenido a lo largo de su historia un conjunto de experiencias negativas que se han fijado como **esquemas cognitivos** (postulados silenciosos que organizan la recogida de información y seleccionan estímulos del ambiente con base en criterios depresivos), los que pueden estar temporalmente inactivos y ser energizados por situaciones desencadenantes.

Los acontecimientos vitales negativos o estresantes siempre han estado asociados a la depresión. Paykel (1979) indica que la mayor correlación se da con las separaciones recientes, fracasos y conflictos interpersonales, mientras que Holmes y Rahe observan que el mayor grado de estrés se da por la muerte del cónyuge, divorcio y separación. El concepto de pérdida como precipitante de

la depresión ha sido subrayado por psicoanalistas (pérdida del objeto amado), conductistas (pérdida de refuerzo) y partidarios del modelo cognitivo (pérdida activadora de mecanismo cognitivo depresivo), aunque en dimensiones diferentes (citado textualmente en Liga Colombiana para el Manejo de la Ansiedad y la Depresión Psicología Clínica, Social, Forense y Organizacional, 2011)

El depresivo interpreta los acontecimientos ajustándose a un esquema previo, formado al hilo de las primeras experiencias, que emerge con facilidad y dirige la información presente, acomodándola y moldeándola según su peculiar modo de construcción e interpretación. Según Beck et al (2011), estos esquemas cognitivos se han desarrollado en la infancia y en la adolescencia a partir de las interacciones con el entorno, las opiniones de otros sobre él y el modelado paterno.

A raíz de estos esquemas la persona desarrolla la **triada cognitiva depresiva**, viéndose a sí mismo, al entorno y al futuro de manera negativa, y estas tres vivencias las correlaciona con los intentos de suicidio, la dependencia y el estado de ánimo depresivo. Beck, para dar cuenta de la depresión, acude a tres niveles de análisis funcional. Los esquemas cognitivos, la triada depresiva y los errores o distorsiones cognitivas. Las **distorsiones cognitivas** corresponden a una interpretación de la realidad en función de hipótesis depresivas subyacentes y son responsables del "mantenimiento" de conceptos negativos (Beck et al , 2011).

Definiremos algunos errores cognitivos frecuentes en la clínica del depresivo (López, et al , 1994)

- 1 **Inferencia arbitraria** Sacar conclusiones con base en información no sostenida por la evidencia Ej "Va a su médico y está convencido de que, aunque lo mira, no lo está escuchando"
- 2 **Visión en túnel** Se centra en un detalle de la situación con exclusión del resto y se predispone por sus esquemas cognitivos a percibir fracaso o rechazo, con insensibilidad a otros estímulos Está cegado por lo que no sean sus propios errores y/o desgracias de los demás Ej "Tras haber realizado un trabajo costoso, cometió un pequeño error sin importancia Su director lo felicitó ampliamente y le recomendó mejorar ese pequeño fallo Él pensó que era un inútil, que no tenía nada que ofrecer, con insensibilidad al resto del mensaje"
- 3 **Sobre generalización** Conclusiones generales a partir de incidentes aislados, que afectan negativamente a la persona Ej "Una negativa en un baile significaría que nadie más bailará con ella"
- 4 **Magnificación** Tendencia a hacer juicios extremos o poner el acento en las consecuencias desagradables Ej "Hizo un leve raspón en una mesa nueva, lo que le confirmó que era un torpe y que, sin duda, su mujer lo dejaría por eso"
- 5 **Personalización** Tendencia a relacionar elementos de su entorno con uno mismo Ej "Cada vez que su mando decía la palabra fatigado, pensaba que se había cansado de ella"

- 6 **Pensamiento dicotómico** Pensamientos extremos, generalizadores e injustos, con impacto sobre cómo se juzga la persona a sí mismo o a los demás Ej "Si no es brillante, solo podrá ser un fracasado" "Todo me va mal" "Nunca lo conseguiré"
- 7 **El yo debería** Órdenes autoimpuestas, dictatoriales y extremas, que representan formas no realistas de obligaciones Ej "Yo debería responsabilizarse de todo lo que ocurre en esta empresa" (falacia de control interno)
- 8 **Interpretación de pensamiento** Suposiciones sobre cómo se sienten los demás, lo que piensan y lo que le motiva a ello Dependen de la proyección de pensar que la reacción de los demás es la misma que la de uno mismo Ej "Ha reaccionado callándose, seguro de que no desea hablarme"
- 9 **Falacia de cambio** Entender que nuestro bienestar depende del cambio de los demás Ej "No estaré bien hasta que no cambie mi hijo"
- 10 **Falacia del premio final** Esperan a ser recompensados algún día por los esfuerzos realizados Se deprimen cuando pasa el tiempo y la recompensa no llega

En resumen, el enfoque cognitivo opina que son los propios pensamientos, originados en esquemas cognitivos previos, los que producen el estado de ánimo deprimido, y propone para su explicación el análisis funcional basado en esquemas, trada depresiva y pensamientos distorsionados

2 Técnicas cognitivo-conductuales

Esta técnica consiste básicamente en identificar y modificar las ideas irracionales o distorsiones cognoscitivas que son las causales del estado del ánimo del sujeto

Beck, Emery y Greenberg (1985) indican que es parte de la idea de que el sujeto, a lo largo del desarrollo, ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones, esta activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes e incapacidad percibida de afrontamiento a nivel cognitivo, que producirán a su vez activación a nivel emocional y a nivel conductual. Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para el interés del sujeto y su incapacidad para afrontarlos

(a) Reestructuración cognitiva

Esta técnica es una de las más importantes dentro del modelo cognitivo. Consiste en identificar y modificar los supuestos y creencias disfuncionales de los pacientes. Estas cogniciones disfuncionales se centran en una exageración o "tremendización" de la peligrosidad de los síntomas experimentados o a experimentar y en una descalificación o subestimación de la propia capacidad para enfrentar los mismos o las situaciones temidas.

Se ha comprobado que tanto adultos como niños deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente los acontecimientos negativos. A pesar que tienen capacidad para cambiar las cosas hacia mejor, tienen de este modo contemplar el entorno desde una perspectiva de desesperanza. Ellis, M. Abrams y L. Abrams (2009) mencionan los acontecimientos como "inferencias erróneas y creencias irracionales" con sus respectivas consecuencias "tremendización". Para Beck (1976), no son más que pensamientos automáticos distorsionados que se utilizan principalmente para cambiar la idea negativa que el sujeto deprimido tiene de sí mismo y del mundo. Este tipo de técnica es una orientación de la *terapia cognitiva de Beck*.

(b) Entrenamiento en habilidades sociales

Indicado sobre todo en casos donde el sujeto no tiene habilidades para afrontar situaciones sociales y que refuerzan las cogniciones de incompetencia personal. Su empleo en la depresión se basa en la conceptualización etiológica que considera el trastorno como consecuencia de una pérdida de reforzadores, a causa de déficits en habilidades interpersonales.

En la tesis *Habilidades sociales: evaluación y entrenamiento. Un estudio en escuelas universitarias de magisterio*, que puede ser realizado en grupo o de forma individual, ha confirmado sus buenos resultados en pacientes depresivos (Bellak, L., 1993), y parece claro que los pacientes distímicos tienen más problemas de adaptación social y menos apoyo social (Eceiza y Goñi, 2006). La

conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando a los demás y generalmente resolviendo los problemas inmediatos de la situación minimizando la posibilidad de futuros problemas (Caballo, 1988) En cambio, Fernandez y Carroble (1983) lo define como la capacidad del individuo para ejecutar acciones sociales, entre las que la interacción, y la acción social destacan por excelencia

Muchos autores consideran las habilidades sociales como sinónimo de asertividad (Piaget y Henriques, 1978) y otros consideran el asertividad como una importante habilidad social

Segun Beelen (1981), en la terapia del depresivo se trataría, en función de los déficits, de aumentar la amplitud de la interacción, de disminuir la ansiedad ante el contacto social y/o aumentar las habilidades sociales que tengan relación con la depresión

La evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales puede centrarse en habilidades no verbales afectadas, como el contacto ocular, la sonrisa o el tono de voz, y/o en habilidades verbales, como la conversación, actitud de escucha, expresar afecto y opiniones, defender derechos, petición de cambio de conducta y hacer y recibir cumplidos (Ares y E-libro, Corp, 1986) Las técnicas más utilizadas en el entrenamiento en habilidades sociales son las siguientes

- (1) **Ensayo de conducta:** Representación de escenas que simulan situaciones de la vida real
- (2) **Modelado.** Exposición del paciente a un modelo que muestre la conducta adecuada
- (3) **Aleccionamiento** Observación en el grado de discrepancia entre la actuación y el criterio
- (4) **Retroalimentación:** “Feedback” centrado en la conducta ensayada, con información directa, visión positiva y sugerencias para el cambio
- (5) **Refuerzo verbal** La terapia siempre se acompaña de tareas para la casa y de intervenciones cognitivas

La evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales debe incluir un programa de generalización de respuestas que incluya entrenamiento en situaciones y con personas relevantes en relación a la temática depresiva, coterapeutas familiares que apoyen la conducta no depresiva, programación de sesiones de apoyo y entrenamiento en discriminación sobre la adecuación de las habilidades sociales (Caballo, 1993)

(c) Entrenamiento en relajación

La relajación es una técnica para eliminar la tensión cuando las personas se encuentran bajo los efectos de la ansiedad del estrés. El objetivo de la relajación es disminuir los síntomas subjetivos, fisiológicos y conductuales del estrés, al igual que otras emociones

La relajación es un concepto ampliamente utilizado en el mundo occidental y practicado en el oriente desde tiempos inmemorables. Implica las distensiones musculares y psíquicas para un descenso de la tensión generada por el trabajo. El trabajo y esfuerzo muscular, que facilita la recuperación de la calma, equilibrio mental y la paz interior, es el descenso paulatino de la acción muscular y la tranquilidad psíquica que genera un estado de bienestar y de salud.

El cuerpo, en su constante trabajo por mantenernos equilibrados, reacciona contrarrestando el exceso de actividad física continuada y la fatiga mental. Nos mantiene inmersos entonces en un estado de tensión interna, que provoca numerosos cambios en nuestras funciones vitales y genera un estado general de alteración psicofisiológica, del que apenas somos conscientes hasta encontramos en situaciones límites.

Numerosos autores han descrito técnicas muy válidas para reducir de forma autodidacta estados de relajación física, entre los que se destacan los métodos de Jacobson (1938) y Schultz (1931). Debemos ser conscientes del trabajo que supone la iniciación en estas técnicas, así como la práctica continuada y la capacidad de modular todas las esferas relacionadas con las situaciones que nos provocan llegar a estados de tensión muscular física y psicológica.

(d) Resolución de problemas

Las técnicas utilizadas en la terapia cognitiva conductual tienen como objetivo influir sobre el pensamiento, el comportamiento y el estado de ánimo del paciente (J. S. Beck y A. T. Beck, 2000).

J S Beck y A T Beck (2000) señalan que este proceso incluye cuatro pasos

- *Definir el problema* Incluye la descripción del problema como también el significado que tiene para la persona, o sea, pensamientos hacia la situación, si la ve como una amenaza, reto, pérdida, etc (evaluación primaria) También se incluyen en este paso las respuestas cognitivas al significado particular, por ejemplo pensar si es lo suficientemente capaz o no de solucionar un problema
- *Generación de soluciones alternativas* Se refiere a buscar distintas formas de solucionar el problema
- *Toma de decisiones* Como muchos pacientes tienen dificultad para tomar decisiones, el terapeuta les pide que hagan una lista de las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones alternativas, con la finalidad de determinar la mejor estrategia para la situación particular Se ayuda a evaluar cada situación y a llegar a la conclusión de cuál sería la mejor opción, posteriormente se toma la decisión
- *Aplicar y evaluar la solución* Este caso se refiere a la puesta en práctica de la decisión tomada, como también verificar o evaluar los resultados

En este estudio la técnica tiene como objetivo que el paciente tome conciencia de la importancia de asistir a las sesiones terapéuticas, y a llevar a cabo las tareas asignadas para la casa Se sugiere que el modelo de resolución de problemas otorgue una contribución importante en la autorregulación diabética, en particular

- *Aplicar y evaluar la solución* Este caso se refiere a la puesta en práctica de la decisión tomada, como también verificar o evaluar los resultados

En este estudio la técnica tiene como objetivo que el paciente tome conciencia de la importancia de asistir a las sesiones terapéuticas, y a llevar a cabo las tareas asignadas para la casa. Se sugiere que el modelo de resolución de problemas otorgue una contribución importante en la autorregulación diabética, en particular en la identificación de las barreras y demandas ambientales e individuales de cada paciente (Pérez, M, Fernández, J, Fernández, C y Vázquez, I, 2003)

(e) Tareas para la casa

Las tareas para la casa son parte de la terapia cognitiva conductual. “Las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constituida de la terapia cognitiva” (J S Beck y A T Beck, 2000, p 293). Por medio de las tareas para la casa se pretende extender las posibilidades de cambios cognitivos y conductuales.

La asignación de tareas, acorde con lo dado en las sesiones, permite que el paciente logre mayor conocimiento, pueda revisar sus pensamientos, y emociones, sus conductas, pueda poner en práctica la modificación de pensamientos, trabajar en ciertas habilidades.

J S Beck y A T Beck (2000) nos señalan que no hay una fórmula exacta para todos los pacientes sobre las tareas que hay que dejarles, más bien éstas

durante las sesiones siguientes a la ejecución. Asimismo, se debe recordar a los pacientes la ejecución de éstas.

3 La intervención grupal en trastornos depresivos en personas con enfermedades crónicas

La psicoterapia grupal, desde el enfoque cognitivo conductual, se entiende como una metodología de trabajo psicoterapéutico que permite el despliegue de estilos personales disfuncionales o sintomáticos en grupo, al mismo tiempo que crea las condiciones que favorecen la reorganización y cambio de los mismos.

Estas condiciones están dadas por la dinámica grupal, el encuadre y las intervenciones del terapeuta. La fuente de la perturbación emocional necesaria para el cambio es la dinámica interpersonal en el contexto grupal y las intervenciones estratégicas del terapeuta. Así la psicoterapia grupal remite al sujeto a sus relaciones naturales y permite que, a través de las experiencias vividas y el emergente grupal, se facilite un cambio psicológico individual, preferentemente de orden simbólico.

El proceso está dirigido hacia objetivos claros y cobra especial importancia la motivación de las pacientes, lo que permite una participación activa y comprometida en la psicoterapia (Caballo & Simón, 2002). Se dan en el grupo factores propios de la interrelación grupal que favorecen y actúan como catalizadoras de procesos emocionales.

Al respecto Sprott (1960) en Caballo & Simón (2002), señala como fenómenos importantes y propios de los grupos un aumento de la emocionalidad, una disminución del sentido de responsabilidad una relajación de los controles. Apuntando a lo mismo, Fehr (2014) señala que la copresencia de los miembros del grupo favorece mecanismos tales como la interacción, interestimulación, contagio y estimulación emocional y otros dinamismos afectivos, que siempre ocurren cuando los individuos participan en una relación íntima.

El grupo otorga también la posibilidad de familiarizarse con nuevas formas de sufrimiento y de resolución de problemas, representadas por personas reales con vivencias similares (Fehr, 2014).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

1 Enunciado del problema

¿Cuál es la efectividad de un programa cognitivo conductual para disminuir los síntomas depresivos en pacientes con diabetes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos?

2 Justificación de la investigación

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, lo que implica que el paciente la padecerá toda su vida. Es un desorden del metabolismo en lo que los aspectos emocionales, sociales, familiares y médicos juegan un papel importante. Muchas investigaciones hacen énfasis en que, si bien la diabetes es una enfermedad médica, su manejo depende en gran medida del comportamiento de quien la padece, y esto la hace también una condición de la esfera psicológica.

Es relevante brindar al paciente diabético, a través de terapia cognitivo conductual, la posibilidad de aprender a manejar los periodos de depresión asociados por el padecimiento de esta enfermedad, ya que estudios sustentan lo nocivo o perjudicial que pueden ser los síntomas depresivos en un paciente diabético.

La diabetes es uno de los principales problemas de salud de la población panameña y mundial. La Organización Mundial de Salud de Ginebra (1994) declara que esta enfermedad es una de las primeras epidemias de entidades crónicas y se estima que existen alrededor de 300 millones de diabéticos a nivel mundial.

En Panamá son altos los costos personales y estatales del tratamiento de esta enfermedad, cuyas complicaciones son prevenibles y cuya situación cambia después que ha aparecido. A manera de ejemplo, los daños en los ojos, en los riñones, sistemas cardiovasculares, entre otros son irreversibles. De acuerdo con la Dirección de Estadística y Censo (2015), la diabetes mellitus ocupa el quinto lugar dentro de las principales causas de muerte en nuestro país.

Los estudios han demostrado que las personas con diabetes tienen más probabilidades de tener depresión que los individuos que no tienen diabetes. Sin embargo, los mecanismos que vinculan estas afecciones no están completamente claros. Una revisión de estudios reveló que la depresión iba asociada a un aumento del 60% de la diabetes tipo 2, mientras que la diabetes tipo 1 iba tan sólo asociada a un aumento moderado (15%) del riesgo de depresión.

Los cálculos sobre prevalencia de depresión en personas con diabetes en todo el mundo parecen variar según el tipo de diabetes y entre países ricos y pobres.

De acuerdo a lo observado por el autor de este estudio como funcionario de salud, dentro de las clínicas de atención de enfermedades crónicas llevadas en la consulta externa del Hospital Regional Anita Moreno (clínicas de hipertensión,

hematológica, cardiología, y otras) el énfasis se da en la adherencia al tratamiento, sin abordar los aspectos cognitivos conductuales que pueden contribuir a la misma. Nuestra intención es demostrar el resultado positivo de la aplicación de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes diabéticos deprimidos de la clínica de diabetes del hospital Regional Anita Moreno (HRAM).

3 Planteamiento de objetivos

(a) Objetivos generales

- Disminuir los síntomas de depresión en pacientes diabéticos que acuden a la clínica de Diabetes del Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos a través de un programa cognitivo conductual
- Evaluar la reducción de los síntomas depresivos detectados a través del programa cognitivo conductual en pacientes diabéticos que acuden a la clínica de diabetes del Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos

(b) Objetivos específicos

- Considerar un programa cognitivo conductual para pacientes diabéticos con síntomas depresivos

- Detallar la efectividad del programa cognitivo conductual utilizando rangos estadísticos
- Demostrar la efectividad de un programa cognitivo conductual (cogniciones, debates de las distorsiones, y formas más adecuadas de manejar las situaciones) para la reducción de los síntomas depresivos en paciente diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos
- Medir con escalas psicológicas a los pacientes diabéticos deprimidos, antes y después de la intervención psicológica
- Establecer si se presentan diferencias significativas en las mediciones objetivas de la conducta del paciente, antes y después de la intervención psicológica
- Contrastar los resultados obtenidos con la literatura revisada y relacionada con el tema

4 Sujetos

(a) Universo

Se atiende en la consulta del hospital Regional Anita Moreno en clínica de diabetes aproximadamente 976 pacientes por año, los cuales asisten a sus citas de control cada mes, dependiendo de los síntomas que presenten y en algunos casos si requieren hospitalizaciones para el control metabólico

Al inicio del estudio se aplicó el instrumento de evaluación conocido como la escala de depresión de Beck a 75 los pacientes que asistieron a la clínica de diabetes del hospital Regional Anita Moreno en un periodo de cuatro semanas (4) para diagnosticar los síntomas depresivos que coincidieran con el punto corte de nuestro estudio e identificar de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión la muestra potencial

(b) Muestra

Al inicio la muestra de estudio es $n = 25$ de 75 pacientes evaluados en un periodo de cuatro semanas, y al final solo 15 pacientes cumplieron los criterios de inclusión para participar del tratamiento cognitivo conductual para el manejo de los síntomas depresivos

Para el estudio, el total de esta muestra está conformada de 8 mujeres y 7 varones entre 27 y 47 años de edad

- **Métodos de selección de los participantes**

Criterios de inclusión Los participantes del estudio se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios

- 1 Presentar síntomas depresivos, medidos a través de una evaluación clínica (incluyendo el inventario de Beck), entrevistas clínicas previamente

realizadas por el terapeuta y cuya condición no requiera hospitalización ni tratamiento farmacológico

- 2 La participación es voluntaria Se requiere un consentimiento informado (por escrito) y contrato terapéutico
- 3 Pacientes que tengan al momento de su inclusión más de dos meses de asistir a la clínica
- 4 Mayores edades

Criterios de exclusión

- 1 Que la intensidad de los síntomas depresivos requiera hospitalización
- 2 Padecer de trastornos psiquiátricos diferentes al criterio de inclusión

5. Diseño de investigación

Es un estudio pre-experimental, se llama así porque su grado de control es mínimo, al compararse con un diseño experimental real. Generalmente es útil como primer acercamiento al problema de investigación en la realidad. Se caracterizan por la ausencia de aleatorización y un mínimo grado de control sobre las variables.

En esta investigación preexperimental no existe la posibilidad de comparación o si existe un grupo control. Por cual este tipo de diseño consiste

en administrar un tratamiento o estímulo en la modalidad de solo postprueba o en la preprueba- postprueba (Hernández Sampieri y otros, 2008, p 108)

Después de las sustentaciones teóricas concluimos que un tipo de diseño como éste, podríamos brindarle al paciente diabético una atención psicológica adecuada y esto serviría para mejorar los síntomas depresivos, elaborando un tratamiento cognitivo conductual

Conocemos además la poca científicidad de este tipo de estudio, pero luego de revisar la literatura y habernos planteado objetivos claros, y considerada la importancia de llevar un tratamiento para el manejo de la depresión evaluamos la viabilidad de realizarlo y de cómo hacerlo

En cuanto al tipo de estudio es correlacional ya que cumple con el propósito de medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (Hernández Sampieri y otros {2008} p 110)

Fase pre-experimental

- Se desarrollan intervenciones psicológicas basadas en el modelo cognitivo conductual de Aaron T. Beck a pacientes identificados con depresión y se evalúan los cambios ocurridos después de las mismas en un periodo de tres meses
 - a) Diseño de pre-prueba y post-prueba con un solo grupo

Diagrama del diseño

G O₁ X O₂

En donde G es el grupo experimental

O₁= es la primera aplicación previa de la escala de Beck

X = es el Programa cognitivo conductual o el tratamiento o variable independiente

O₂= es la aplicación final de la escala de Beck (posterior al tratamiento)

Éste es un preexperimento que consiste en administrar a un grupo una preprueba previa al tratamiento, después se administra el tratamiento y, finalmente, se le aplica una postprueba. Se observa si el tratamiento produjo algún cambio en los sujetos y se comparan mediciones utilizando la escala de Beck del antes y después del tratamiento, para observar y medir si hay cambios en ellos.

Tiene algunas limitaciones este diseño, como el hecho de que el grado de control es mínimo, no hay de grupo control, no hay asignación al azar, por lo que la validez interna de la investigación se ve amenazada.

Planteando el problema, los objetivos, revisada la literatura, como también considerada la importancia de que los pacientes recibieran el tratamiento psicológico, evaluamos la viabilidad de realizarlo y de cómo hacerlo. Fueron muchas las limitaciones que se presentaron, entre ellas: el espacio físico y el tiempo disponible para llevarlo a cabo, las complicaciones que puede tener un paciente con diabetes y sumado a esto los síntomas depresivos latentes en el paciente, que muchas veces dificultó su total participación y anuencia al inicio del tratamiento cognitivo conductual.

6 Formulación de hipótesis

(a) Hipótesis conceptual

Hipótesis 1· El programa cognitivo conductual disminuirá los síntomas depresivos en pacientes diabéticos que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos

(b) Hipótesis operacional

Hipótesis 1· Las puntuaciones registradas en el inventario de depresión de Beck (BDI) serán significativamente menores al término del tratamiento que al inicio del mismo

(c) Hipótesis de trabajo o investigación

Hipótesis 1· Los síntomas depresivos en pacientes diabéticos serán menores después del programa cognitivo conductual

(d) Hipótesis nula

Los síntomas depresivos observados después del tratamiento serán igual o mayor que al inicio del programa

(e) Hipótesis estadística**DEPRESIÓN**

- 1 $H_0 = D_2 \geq D_1$ El nivel de depresión será mayor o igual después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido
- 2 $H_a = D_2 < D_1$ Los niveles de depresión serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido
- 3 Se utilizará la T de student, con $gl = n - 1 = 11 - 1 = 10$, $t_{\text{corte}} = 1.812$ $\alpha = 0.05$ a una cola. Se rechaza la H_0 si $t_o > t_c$

7 Procedimiento de recolección de información

La información se recabó con el consentimiento informado de los pacientes y sus familiares a través de entrevistas e instrumentos de diagnóstico clínico y en sesiones de psicoterapia y de seguimiento en la consulta externa del Hospital Anita Moreno de Los Santos. Se utilizó un abordaje cognitivo conductual como marco de referencia para el estudio.

Las sesiones fueron registradas en las notas clínicas del psicólogo y en instrumentos clínicos de diagnóstico y se llevaron anotaciones diarias de los éxitos y fracasos de cada paciente. En cada sesión se evaluarán las mismas (tareas asignadas para la casa). También se utilizaron inventarios de autoregistro de conductas depresivas y de pensamientos automáticos frente a situaciones que le generan estados de ánimo displacentero, registros que fueron llenados por el paciente antes de llegar a la terapia y que fueron revisados en conjunto con el terapeuta en sesiones.

Se realizó lectura y discusión con los pacientes del material bibliográfico, lo que les permitió comprender el trastorno depresivo y en qué consistía el tratamiento psicológico para ellos, en este caso el modelo cognitivo conductual y hablamos de las maneras más sanas y funcionales para el manejo del mismo desde esa perspectiva.

Se utilizó la técnica de la entrevista individual a profundidad, cara a cara, holística, con preguntas no estructuradas y no directivas, encadenadas temáticamente, algunas establecidas durante la marcha, abiertas, otras cerradas, que seguían el flujo de la conversación. Se logró establecer una relación personal con los participantes, recorriendo panorámicamente su mundo de significados, y adoptando en algunos momentos el estilo de "oyente interesado" (Ruiz Olabuénaga, 1996).

El instrumento de Beck se aplicó en dos tiempos: un antes y un después, en las primeras sesiones después de las entrevistas individuales y registros se aplicó

de manera grupal la escala de Beck para la depresión. Al final del tratamiento psicológico después de revisar brevemente su historial, se vuelve a aplicar el instrumento de manera grupal para observar y medir las diferencias significativas durante el proceso terapéutico.

Para recolectar la información y el análisis de los pacientes se utilizaron las siguientes técnicas:

- 1 Entrevistas clínicas individuales a profundidad facilitadas por el investigador, espontáneas y no estructuradas o directivas
- 2 Registro de historia clínica
- 3 Modelos conceptuales de la etiología, desarrollo y manifestación del trastorno de la depresión
- 4 Diagramas de conceptualización cognitiva (J. Beck, 1995), para evidenciar el desarrollo y mecanismos de mantenimiento de los esquemas o creencias nucleares
- 5 Evaluación de la efectividad de la sesión y de las tareas solicitadas (disponibles en notas del terapeuta)
- 6 Registros clínicos del progreso terapéutico
- 7 Técnicas de reestructuración cognitiva, como la identificación y confrontación de los pensamientos automáticos negativos (PAN) y la búsqueda de respuestas adaptativas
- 8 Descripción del instrumento para evaluar la depresión de Beck (BDI, BDI-II)**

Creado por el psicólogo conductista Aarón T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. En los últimos treinta y cinco años, el inventario de depresión de Beck se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión, dada su probada validez y confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. En el diseño de este test, se han tenido en cuenta esos criterios internacionales de descripción, por lo que no se circunscribe en ninguna teoría de la depresión en particular. Está compuesto por reactivos relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e inestabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como el castigo, así como por síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A, y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es muy utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

Objetivo: Evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM-IV. Edad 13 en adelante (adolescentes y adultos). Normas: Puntuaciones de corte según severidad de la depresión.

El cuestionario consta de 21 preguntas, y a cada pregunta le corresponde una puntuación entre 0 y 3. La puntuación máxima posible es por tanto 63. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico (*Ver tabla 6*).

Tabla 6 Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido

0-10	Considerado normal
11-16	Ligero trastorno emocional
17-20	Depresión clínica borderline
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión severa
Más de 40	Depresión extrema

En el cuestionario hay grupos de afirmaciones que le indican al paciente que debe leer cada uno de los grupos y después elegir la afirmación de ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de hoy

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L y Cols en > 13 puntos. Cuanto los reactivos somáticos tienden a aumentar, el número de falsos positivos, si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej > 16 en pacientes diabéticos, > 21 en pacientes con dolor crónico), tienen mejor pronóstico al momento de evaluar

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es > 21 puntos

(a) Propiedades psicométricas

- **Fiabilidad**

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva y muestra una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, por lo que se recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día durante su administración.

- **Validez**

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento.

- Sensibilidad del 100 %,
- Especificidad del 99 %,
- Valor predictivo positivo 0.72, y
- Valor predictivo negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)

9 Variables

(a) Variable dependiente

En este trabajo la variable principal es la depresión, pero se hizo otro cruce de variable que serán consideradas como variables secundarias y estas son la edad, sexo, escolaridad, antecedentes familiares y el tiempo que lleva padeciendo la enfermedad, o sea, la depresión, la cual es definido como un estado emocional que se caracteriza por pensamientos de tristeza o pesimistas, pensamientos de inutilidad, falta de confianza en uno mismo, autoderrota y debilidad

- **Definición operacional**

El instrumento utilizado permite establecer los niveles de depresión que posee cada paciente, desde el nivel leve que indica una respuesta en el mismo de 0 a 18 puntos, un nivel moderado indicado por un rango de respuesta de 19 a 29 puntos, y la depresión grave cuyas respuestas estarían entre los 30 a 63 puntos

Tabla 7: Variables secundarias

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
<i>Edad</i>	Es la edad que se establece desde el nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplidos	18-23 AÑOS 24-29 AÑOS 30-35 AÑOS 36-41 AÑOS 42-47 AÑOS 48-53 AÑOS
<i>Sexo</i>	Es el somatotipo, es el sexo asignado desde el momento del nacimiento, de acuerdo con el aspecto de los genitales externos.	Hombre o mujer	H M
<i>Escolaridad</i>	Tiempo durante el que una persona asiste a la escuela o centro de enseñanza. En nuestro país se divide en primaria, promedia, media, universidad.	Grado más alto alcanzado	Primaria Secundaria Universidad
<i>Antecedentes familiares con depresión</i>	Registro de las enfermedades presentes y pasadas de una persona y las de sus padres, hermanos, hermanas, hijos y otros miembros de la familia.	Indique quiénes padecen trastornos depresivos	Padre Madre Hijos Abuelos
<i>Antecedentes personales por depresión</i>	Tiempo que ha sentido síntomas depresivos	Indicar en qué momento se ha sentido depresivo	Hace una semana Un mes Tres meses Seis meses. Un año
<i>Tiempo de evolución de la enfermedad crónica (diabetes)</i>	Es el tiempo transcurrido en años desde que se diagnostica la enfermedad crónica hasta la actualidad	Años de evolución	0-1 1-5 6-10 >10
Fuente: Instituto Nacional del Cáncer.			

(b) Variable independiente

La variable independiente en esta investigación es una variable compleja un **programa cognitivo conductual** esta variable se fundamenta en las bases teóricas del modelo cognitivo conductual de Beck , en grupos de pacientes diagnosticados como diabéticos y que presentan síntomas depresivos, consta de doce sesiones, una vez a la semana y con una duración semanal de dos horas y media

Esta intervención toma como referencia los modelos cognitivos conductual es de Aron Beck, quien denominó terapia cognitiva a principio de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensylvania, a una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente El modelo hace hincapié en los factores psicológicos y cognitivos entre las demandas externas internas

El tratamiento con un enfoque cognitivo conductual asume "que todas las perturbaciones psicológicas tienen en comun una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta del paciente 2 (J S Beck y A T Beck, 2000, p 17)

La terapia tiene como objetivos lograr que el paciente aprenda a identificar las distorsiones cognitivas y a cómo modificarlas para poder afrontar los síntomas depresivos

10 Métodos de intervención

(a) Planteamiento del tratamiento

La investigación se llevó a cabo en la consulta externa del Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos en pacientes con diabetes que, después de ser evaluados clínicamente con el inventario de Beck (BDI) y otras técnicas como la entrevista clínica y la observación, presenten trastornos depresivos, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión y hayan firmado el documento de consentimiento informado

Luego de determinar pacientes con síntomas depresivos, fueron agrupados para iniciar un trabajo de intervención psicológica basado en el modelo cognitivo conductual de Beck (BDI) Luego de cumplir con el programa de terapia, se vuelve a evaluar la efectividad de las intervenciones A continuación, describimos de manera general el programa desarrollado con pacientes diabéticos con síntomas depresivos

(b) Pensamientos (sesiones 1-4)

El propósito principal de estas sesiones fue presentarles a los pacientes cómo nuestros pensamientos influyen sobre nuestro estado de ánimo La sesión inicial establece la estructura y propósito de las sesiones posteriores De igual forma, se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad Es importante que los

participantes tengan muy claro este ultimo punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación terapéutica que se establezca

La primera sesión introduce a los/as pacientes en el tema de la depresión. Se estimula que los participantes compartan sus experiencias y cómo ellos han experimentado la depresión. Una vez se discute este tema, se presenta el propósito del primer módulo, *Cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo*. Se inicia esta parte de la sesión definiendo y aclarando el concepto *pensamientos* a través de ejemplos provistos por el terapeuta y los participantes.

En las próximas tres sesiones trabajan con los diferentes tipos de pensamientos que experimenta una persona que se encuentra deprimida y cómo los mismos pueden modificarse. Se realizan una serie de ejercicios que permiten que el paciente identifique sus errores de pensamiento. La tercera sesión se diseñó con el propósito de proveerle al paciente técnicas para aumentar pensamientos positivos al disminuir los pensamientos no saludables, por tanto, la sintomatología depresiva se verá alterada.

(c) {Sesiones 5-8}

En esta parte de las sesiones se utilizarán como mínimo dos sesiones para poder psicoeducar a los participantes sobre reestructuración cognitiva basada en

los enfoques de Beck y enseñarles algunas técnicas cognitivas para ayudarles a pensar de manera racional y lógica ante los síntomas depresivos, además para que los participantes conozcan y participen en actividades placenteras y establecer cómo la presencia de sintomatología depresiva puede limitar la participación del participante en actividades placenteras, y lo que a su vez aumenta la presencia de sintomatología depresiva. Durante las sesiones que componen este módulo se trabaja la definición de actividades placenteras y los obstáculos que los participantes encuentran para disfrutar las mismas. De igual forma, este módulo contempla la discusión de las metas y la capacidad del participante para triunfar sobre el estado de ánimo que experimenta. Se planifican las metas teniendo en cuenta que, a medida que crecemos, éstas serán modificadas, y se planean recompensas que el participante se dará al lograr cada una.

El propósito principal de esta parte de las sesiones es que los participantes logren mayor control de su vida e identifiquen alternativas para tener mayor libertad. El participante genera alternativas, metas e identifica actividades que le permitirán combatir su estado de ánimo depresivo.

(d) {Sesiones 9-12}

En esta parte de las sesiones terapéuticas se focalizaron temas tales como las creencias intermedias afectan el estado de ánimo, cómo reestructurar el

pensamiento de manera asertiva, la búsqueda de solución de problemas y cómo esta búsqueda el mismo nos permite enfrentarnos a situaciones difíciles. Aprendieron a cómo identificar esas creencias y luego a reestructurarla para tomar decisiones.

En estas últimas sesiones se espera que los participantes o pacientes vayan integrando los temas de las sesiones anteriores. Aquí examinaremos cómo los pensamientos afectan las actividades en las que participan, el apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucran. Se realizan ejercicios que enfatizan la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias. El proceso terapéutico culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada sesión. Finalmente, se realiza una evaluación del progreso alcanzado junto a los logros y fortalezas de los pacientes.

La intervención grupal desarrollada utiliza procesos inherentes a la terapia de grupo como las siguientes: fomentar el modelaje de conductas entre pares, practicar en vivo las destrezas interpersonales y comunicacionales, dar y recibir retroalimentación, o usar refuerzos positivos de los miembros del grupo, revisión diaria y tareas para la casa. Los tipos de terapia que se ofrecieron incluyeron el modo grupal.

11 Procedimiento estadístico

Se implementó la estadística inferencial con el modelo de prueba de hipótesis para datos dependientes o correlacionados ya que se ajusta a determinada prueba para un resultado mediante la aplicación de medidas repetidas (antes y después de un tratamiento) El sistema de medidas repetidas propone la medición dos veces bajo una misma variable de criterio

La información recolectada será presentada mediante gráficos que permitirán el análisis de los datos obtenidos utilizando la estadística inductiva y promoviendo la toma de decisiones y/o generalizaciones con base en los resultados obtenidos

Utilizamos la t de student para muestras pareadas para evaluar las diferencias entre el antes y el después de la intervención de pruebas destinadas a este fin, para lo cual se emplea cálculo de EXCEL

La prueba estadística t de student para muestras dependientes es una extensión de la utilizada para muestras independientes De esta manera, los requisitos que deben satisfacerse son los mismos, excepto la independencia de las muestras, es decir, en esta prueba estadística se exige dependencia entre ambas, en las que hay dos momentos, uno antes y otro después Con ello se da a entender que en el primer período las observaciones servirán de control o testigo para conocer los cambios que se susciten después de aplicar una variable experimental

Con la prueba t de student se comparan las medias y las desviaciones estándares de grupos de datos y se determina si entre esos parámetros las diferencias son estadísticamente significativas o si sólo son diferencias aleatorias

Además, se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 11.0 para Windows

12 Tratamiento e intervención terapéutica

Al iniciar un tratamiento psicológico con estos quince (15) pacientes, empezamos conociendo un poco sobre el tratamiento cognitivo y conductual y como puede ayudar a manejar esos síntomas depresivos que algunas veces experimenta y que les ocasiona que mucho se puedan sentirse aislado del mundo o de quien le rodea

En sesión previa se discute todo lo relacionado a los que sería su participación en este estudio

Luego de registrar en el historial médico de cada uno las expectativas del tratamiento, así como algunas inquietudes que refieren sobre la enfermedad, y el tratamiento cognitivo conductual se procede a fijar las reglas para cada sesión donde cada uno se responsabiliza de los acuerdos pactos

Reglas para cada sesión

- 1 ¡Llega a tiempo! ¡se puntual!
- 2 ¡Ven cada semana! Al comenzar, adquieres un compromiso contigo mismo y con tus compañeros
- 3 Mantén una actitud positiva
- 4 ¡Haz los ejercicios y tareas que se te asignen! Si no practicas lo que se enseña en la sesión, entonces, quizás, nunca sabrás si esos métodos te ayudarán a controlar tus pensamientos referentes a la depresión
- 5 Lo que se comparte en la sesión es confidencial Sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido acerca de la depresión con otras personas, si así lo deseas
- 6 Trata de ser lo más honesto posible y expresarte tal y como tu eres y cómo te sientes

(a) Sesión No 1 introducción

I Estructura de la primera sesión de terapia

En esta primera sesión nos reunimos para establecer los objetivos y las responsabilidades que conlleva la terapia cognitiva conductual Dentro de los puntos que se desarrollaron se incluyeron

- Presentación de los miembros del grupo
- Planteamiento sobre el funcionamiento del grupo

- La necesidad de establecer un plan (explicar las razones para hacerlo)
- El análisis de los problemas que presentaron
- La instrucción a cada paciente en relación al modelo cognitivo conductual
- Se avenguaron las expectativas de cada paciente con respecto a la terapia
- Se onentaron y esclarecieron dudas con respecto al diagnóstico (síntomas depresivos)
- Se discutió cómo los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo
- Se fijaron tareas
- Se hizo una breve síntesis de lo realizado en esta primera sesión
- Se logró la retroalimentación por parte de cada paciente

- ***Presentación de los miembros del grupo***

Todos los miembros del grupo se sentaron en círculo, y se presentaron, para lo cual se utilizó la dinámica de decir el nombre, ocupación actual, estudios y aficiones

- ***Planteamiento sobre el funcionamiento del grupo***

Se trató trasmitir en forma implícita y a veces explícita nuestra preocupación por cada paciente, la confianza en el trabajo conjunto, la creencia de la posibilidad de ayuda y de enseñarlos a ayudarse a ellos mismos, y que considerábamos que el tratamiento cognitivo conductual era el tratamiento más adecuado en sus casos

y que el mismo representaba una alta posibilidad de mejora. Se permitieron preguntas aclaratorias, que fueron resueltas al final de la sesión.

Se les habló de la confidencialidad de lo tratado dentro del grupo, la importancia de asistir a las sesiones, la puntualidad, la participación activa y de realizar las tareas en casa (enfazando que de esto dependía el avance del tratamiento)

- ***Establecer un plan (explicar las razones para hacerlo)***

En esta primera sesión se introdujo al grupo de pacientes en la terapia cognitiva conductual. Al igual que ocurre con otras técnicas, suele ser útil dar al paciente una breve explicación de lo que van a vivir, por lo que, en caso de dudas o desconocimiento, se le dieron todas las aclaraciones pertinentes al paciente.

- ***Analizar los problemas que presentaban***

En esta parte se revisó brevemente el problema de cada paciente. Se les pidió que centrasen su atención en los problemas específicos que los aquejaban, y que uno de los objetivos de la terapia era enseñarles a manejarlos. Aquí se determinó en qué situación de riesgo se encontraba cada uno de padecer síntomas depresivos al vivir con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus. El proceso grupal permitía reforzar los conceptos discutidos y que sintieran identificados con los otros miembros de grupo, al reflejarse en ellos las dudas y situaciones individuales de cada uno.

- ***Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo conductual***

Se explicó en más detalle en qué consiste la terapia cognitiva conductual. Se señaló que de acuerdo al paradigma cognitivo los eventos que cada uno experimenta influyen sobre sus emociones y comportamientos.

Se les indicó que la interpretación de una situación, a menudo influye en la emoción, comportamientos y respuestas fisiológicas subsiguientes (Beck, 1994, Ellis 1962).

- ***Averiguar las expectativas del paciente con respecto de la terapia***

Se analizó en conjunto el grupo en qué consistía este tipo de terapia y que la mejoría de los síntomas depresivos era proporcional al nivel de comprensión que irían alcanzando de sí mismos y de la capacidad creciente que adquirirían al contar con las herramientas necesarias para aplicarlas oportunamente para reducir la intensidad y presencia de síntomas depresivos.

- ***Orientar y esclarecer dudas respecto al diagnóstico (síntomas depresivos)***

Se revisaron, en conjunto los miembros del grupo de síndrome depresivo, aspectos como la sintomatología, evolución de la enfermedad, causas, prevalencia, tratamientos y el papel que jugaría la terapia cognitiva conductual en la recuperación de cada uno.

Se enfatizó que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que incluye trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Luego, con la pregunta ¿qué es la depresión, qué significa para ti? , se propició una "lluvia de ideas". Las opiniones se fueron escribiendo en una cartulina y se surgieron algunas definiciones posibles de depresión:

- 1 Un sentimiento que dura unos cuantos minutos
- 2 Un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días
- 3 Una condición clínica que dura al menos dos semanas
- 4 Causa un fuerte sufrimiento emocional
- 5 Hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios

Se les dio a conocer **algunos síntomas clínicos sobre la depresión** que generalmente se presentan:

- 1 No estar interesado en cosas o ser incapaz de disfrutar las que antes disfrutaba
- 2 Cambio de apetito y/o de peso (comer ya sea más o menos de lo acostumbrado)
- 3 Problemas para dormir (dificultades para quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertarse muy temprano y no poder volver a conciliar el sueño, Dormir demasiado)

- 4 Cambios en la rapidez en que se mueven (ya sea estar muy inquieto o moverse lentamente)
- 5 Sentirse cansado todo el tiempo
- 6 Sentirse devaluado o culpable
- 7 Problemas al pensar, concentrarse o tomar decisiones

En esta parte se les mostró una lámina de cómo podemos analizar los síntomas depresivos y la manera **COMO ENTENDEMOS LA DEPRESIÓN** (véase Anexo No 3)

Cómo entendemos la depresión pensar, actuar y sentir)

- ***Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo***

Se desarrolló este tema partiendo de que ciertos tipos de pensamientos hacen más o menos probable que uno se deprima. Se les explicó que por "pensamientos" nos referíamos a "cosas que nos decimos a nosotros mismos"

Se les proporcionaron ejemplos

- 1 Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo
- 2 Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tus acciones
- 3 Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu estado de ánimo

Se explicó que una buena forma de comprender sobre este tipo de terapia es que aprenderán algunos métodos específicos para cambiar sus pensamientos y sus acciones, de tal forma que su estado de ánimo mejorará y por ende mejorará la calidad de vida al vivir con una enfermedad crónica como lo es la diabetes

- **Fijar tareas**

Aquí, conociendo ya la importancia de las tareas para cada sesión, se le asignó a cada uno de los miembros del grupo que practicasen en casa la identificación de situaciones, pensamientos, emociones, conductas y las reacciones fisiológicas que experimentaban ante los mismos

Se le entregó a cada participante una hoja en blanco que debían traer llenas para la siguiente sesión. Cada día el paciente encierra en círculo el número que corresponde a su nivel de ánimo

Tabla 8 Nivel anímico

Día de la semana/nivel de ánimo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante peor	2	2	2	2	2	2	2
El peor	1	1	1	1	1	1	1

Se realizó una breve ilustración de cómo se lleva a cabo el llenado. Se le entregó a cada participante, además, una *hoja de termómetro del ánimo* para que

se la llevasen y realizasen la tarea en casa y así identificar su estado anímico cada día durante la semana

- ***Se hizo una breve síntesis de lo realizado en esta primera sesión***

En esta parte se realizó una síntesis, desde la presentación a los miembros del grupo hasta la importancia de traer resueltas las tareas, y enfatizando en la asistencia a las sesiones como medio terapéutico para reducir los síntomas depresivos que se pueden asociar a vivir con diabetes

- ***Lograr la retroalimentación por parte del paciente***

Aquí quisimos evaluar qué tan productiva había sido esta primera sesión desde la perspectiva de los pacientes, pues este proceso fortalecía el rapport y demostraba el interés de cada miembro al hacer los reforzamientos individuales en los casos en que se requerían

(b) Sesión No 2- Análisis de los pensamientos

I Estructura de la segunda sesión

En esta segunda sesión se dieron los siguientes momentos

- La bienvenida a los participantes
- Repaso de la sesión pasada
- Se revisó el *termómetro del estado de ánimo* de cada participante

- Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo
- ¿Qué son los pensamientos?
- Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamientos
- Pensamientos dañinos o contraproducentes
- Hacemos una breve síntesis de lo realizado en esta sesión
- Lograr la retroalimentación por parte del paciente
- Asignación de las tareas
- ***Bienvenida***

Se inició la sesión dando la bienvenida a cada participante y se les felicitó por estar temprano y por la motivación mostrada

- ***Repaso de la sesión pasada***

Realizamos preguntas abiertas a los participantes y se les solicitó un resumen de la sesión pasada. Algunos de ellos mostraron un interés sobresaliente en resumir lo tratado, en tanto que otros señalaron que se tocaron temas muy importantes y que durante la semana les sirvió de gran ayuda.

- ***Revisión de la tarea***

Se empezó por revisar la tarea del *termómetro del estado de ánimo* aquí cada participante debía registrar el estado de ánimo presentado durante la semana. Algunos tuvieron dificultad para identificar el estado de ánimo que sentían durante algunos días de la semana, otros explicaban que no les había costado mucho,

que les parecía un buen ejercicio, y que el día anterior se preguntaban “cómo amaneceré mañana”

Se requirió aclarar un poco qué son los sentimientos y cómo influyen en el estado de ánimo global. El grupo se retroalimentó mutuamente. Aquellos que tenían más facilidad para identificar su estado de ánimo, les explicaron cómo lo hacían a los que les había costado más.

- ***Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo***

De forma dialogada se les explicó mientras se analizaban los sentimientos que rigen el estado de ánimo, cómo los diferentes tipos de pensamientos producen diferentes efectos en los estados de ánimo del individuo. Algunos pensamientos aumentan la posibilidad de que uno se deprime, mientras que otro disminuye esta posibilidad.

- ***¿Qué son los pensamientos?***

Pensamientos son ideas (frases u oraciones) que nos decimos a nosotros mismos. Nosotros estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta de ello. Es útil pensar acerca de los pensamientos.

Se les preguntó de forma abierta si sabían ellos qué son los pensamientos. Se les hizo una breve explicación sobre los mismos.

- ***Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamientos***

De manera individual, se exploraron algunos pensamientos de los pacientes qué tan constructivos o qué tan destructivos son con el objetivo de que cada miembro del grupo evaluara e internalizara la importancia de darles cabida a los pensamientos constructivos en lugar de perder el tiempo en aquellos pensamientos destructivos. El proceso grupal fue muy útil pues el terapeuta fungía como facilitador orientando el discurso, pero eran los participantes quienes poco a poco, se retroalimentaban y aclaraban mutuamente. Se discutieron diferentes tipos de pensamientos. Aquí les resumimos que los pensamientos innecesarios no cambian nada, pero pueden hacernos sentir mal.

- a **Pensamientos constructivos versus destructivos**

Los Pensamientos constructivos ayudan a sentirse mejor. Por ejemplo "Yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que realmente quiero" es un pensamiento constructivo. Los Pensamientos destructivos nos hacen sentir mal. Por ejemplo "No sirvo para nada" "Todo me sale mal" o "He cometido tantos errores que no puedo salir de mis problemas".

- b **Pensamientos necesarios versus innecesarios**

Los Pensamientos necesarios no recuerdan cosas que tenemos que hacer, tales como "Debo acordarme de llenar el *termómetro del ánimo* esta noche antes de acostarme" "Debo ponerle la alarma al reloj" o "Debo hacer mis ejercicios para mejorar mi estado de salud".

Por ejemplo, podríamos pensar "Pronto habrá un terremoto" o "A lo mejor tengo cáncer" "No me van a dar permiso"

c. Pensamientos positivos versus negativos

Los pensamientos positivos nos hacen sentir mejor, por ejemplo "Las cosas ahora parecen estar mal, pero al menos aquí estoy haciendo algo para cambiarlas" es un pensamiento útil. Los Pensamientos negativos nos hacen sentir mal, por ejemplo "No hay remedio para mi depresión" o "Soy de lo peor, que no le sirvo a nadie" o "La gente hace conmigo lo que le da la gana"

- ***Pensamientos dañinos o contraproducentes***

De acuerdo a Beck y basados en este enfoque, revisamos algunos pensamientos automáticos, dañinos o contraproducentes. El objetivo de dárselos a conocer era para que pudiesen identificarlos o reconocerlos al momento que surgieran. Se hizo de manera dialogada y usando una pizarra. Se hizo una lista de estos pensamientos en la pizarra de tal manera que todos pudieran observarlos mientras se enumeraban y explicaban cada uno de estos pensamientos.

- ***Estilos de pensamientos dañinos o contraproducentes***

- a Pensamientos de todo o nada**

Es cuando miras las cosas como si fueran completamente buenas o completamente malas. Por ejemplo, si cometes un error haciendo alguna cosa, piensas que todo tu trabajo fue inútil podrías pensar "No voy ni a tratar de entrar al equipo porque nunca me van a seleccionar" o "Todo me sale mal"

b Filtro mental

Es cuando tomas un solo evento negativo y te fijas exclusivamente en él, de tal forma que todo lo demás lo ves negativo o como si fuera a salir mal. También se refiere a cuando ves las cosas más grandes de lo que realmente son. Por ejemplo "Una paciente vino a tratamiento un día y nos dijo que había visto un pájaro muerto en la acera y que esto la hizo sentirse muy mal. Ella había caminado a través de un área preciosa, llena de árboles y flores y todo lo que vio fue el pájaro muerto". Otros ejemplos "Una estudiante de arte recibió una crítica positiva de su pintura por parte de su maestro. Él sólo le sugirió que cambiara un color en unas de las esquinas del cuadro. Por este comentario la estudiante pensó que no servía como artista"

c Descontando lo positivo

Es cuando haces que las cosas buenas que te pasan parezcan menos importantes de lo que, realmente son. Por ejemplo, podrías creer que no le caes bien a nadie, de tal forma que, si alguna persona se muestra simpática o agradable

contigo, piensas que algo mal debe haber con esa persona, o si alguien te dice lo bien que te ves, piensas que lo dice para que no te sientas mal

d Saltando a conclusiones erróneas

Es cuando llegas a conclusiones antes de tiempo y le ves el lado negativo a las cosas

Existen dos tipos

- a) **Leyendo la mente** Es cuando asumes lo que la gente está pensando, sin realmente saber. Por ejemplo, ves a alguien enojado y piensas que está enojado contigo. Bien podría ser que esa persona tiene otros problemas que no tienen que ver contigo. Otros ejemplos, "Papi piensa que yo soy bruto" o "Porque no anoté en el juego, el entrenador no me dejará jugar más y pensará que soy un mal atleta"
- b) **Bolita de cristal** Es cuando sientes y predices que sólo desastres o tragedias te van a ocurrir en el futuro. Por ejemplo, "Me voy a colgar", "No voy a tener amistades en la nueva escuela", "Nadie va a querer bailar conmigo en la fiesta", o "No voy a ir a la audición porque no me van a seleccionar". Esta es una forma de concebir los propios sentimientos como si fueran la única realidad, es cuando crees que tus sentimientos son la única versión de la

realidad. Por ejemplo "Me siento tan triste que esto comprueba que soy un desastre" "me siento tan sola que pienso que vivir no tiene sentido" "Siempre estoy aburrido así que debo de ser una persona aburrida para los demás"

e Pensamiento perfeccionista / deberes

Es cuando tratas de motivarte con deberes, es decir con lo que tu y/o las demás personas deben o tienen que hacer o decir. Aunque existen responsabilidades que necesitas realizar, es necesario tener cuidado de no exigirte cosas irreales, excesivas o inflexibles. Por ejemplo, podrías pensar "Debo sacar solo A en la universidad" o "Mi madre debe prestarme atención todo el tiempo" o "Mi novio debe salir conmigo siempre que yo quiera". Cuando te dices estos deberes, te sientes culpable. Es preferible hacer las cosas lo mejor que puedas dentro de tus posibilidades, porque quieres o las consideras importantes y no porque te sientes culpable. Cuando dices estos deberes acerca de otras personas, sientes coraje o desilusión si no hacen las cosas como tu esperas.

f Etiquetándote a ti mismo o a otras personas

Es cuando, sólo porque cometes un error, empiezas a pensar que eres un perdedor. Por ejemplo, podrías pensar "Le gnté a mami soy una malcrada" o "Soy bruto porque tengo malas notas" o "Soy fea". También puedes etiquetar a

otras personas “Porque la maestra me regañó, ella es una estúpida” o “Ella es una traidora porque ahora tiene otras amigas”

g Culpándote a ti mismo

Es cuando te culpas de las cosas negativas que pasan a tu alrededor y de las que no tienes ningún control. Por ejemplo, si algo malo le pasa a alguno de tus familiares o amistades, sientes como si fuera tu culpa porque no lo pudiste prevenir, o, si tus padres se divorciaron, piensas que fue por tu culpa porque a menudo discutían al frente de ti.

II Hacemos una síntesis de lo realizado en esta sesión

Se elaboró un resumen en la pizarra de todo lo que se trató en la sesión, se enfatiza la importancia de realización de las tareas.

III Lograr la retroalimentación por parte del paciente

En este momento de la sesión se logró de manera verbal que cada paciente expresase de manera resumida lo aprendido en la sesión y la forma en que la evaluada.

IV Asignaciones de la tarea

Se les dio nuevamente una hoja de *termómetro del estado de ánimo*. Además, se les asignan otras tareas y se realizó una demostración del llenado para aclarar dudas

- 1 ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando *el termómetro del ánimo*
- 2 Utilizando el listado base de pensamientos destructivos y constructivos discutidos en esta sesión (Anexo No 5), se les solicita que lleven un registro de sus pensamientos diariamente y llenen la *lista de pensamientos* (Anexo No 6)

Al final del día debían sacar la lista de pensamientos positivos y negativos y poner una marca a cada pensamiento que hubieran tenido (Anexo No 7), sumar el número total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos para cada día y comparar. Finalmente debían observar la relación que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y el estado de ánimo

(c) Sesión No. 3 ¿Cómo saber usar tus pensamientos para mejorar tu estado de ánimo?

I Estructura de la sesión

- Se revisó la tarea
- Repaso de la sesión anterior
- Cómo practicar e internalizar los pensamientos que nos hacen bien
- Analizar los pensamientos que nos hacen sentir mal

- Cambiando nuestras distorsiones cognitivas
- Resumen de la sesión
- Retroalimentación
- Asignación de tareas

- ***Revisión de la tarea***

Se les preguntó a los participantes sus experiencias en relación a la tarea y se discutieron las dificultades y experiencias presentadas. Se les pidió a varios voluntarios que expusieran ejemplos, para aclarar dudas más específicas y que guardasen su tarea para su uso en las sesiones subsiguientes.

- ***Repaso de la sesión anterior***

Se realizó la siguiente pregunta facilitadora: ¿Alguien me puede decir qué temas se trataron en la sesión anterior? {El objetivo era evidenciar la disponibilidad y motivación de los participantes en dar su opinión}. Se les solicitó a los más entusiastas hacer un resumen escrito en la pizarra de los temas tratados en la sesión pasada. Este resumen ayudó a los participantes a mantener la continuidad de los temas tratados.

Otra pregunta facilitadora fue: ¿Cuáles son algunos de los pensamientos que tuvieron la semana pasada? {El objetivo era evidenciar pensamientos negativos o contraproducentes vs positivos o constructivos}. Uno de los participantes hizo el rol de secretario al anotar los pensamientos en el tablero blanco. Luego se realizó

un ejercicio, en el que para cada pensamiento positivo o negativo (sin que el resto del grupo supiera cual era) se le solicitó a un participante que hubiera experimentado ese pensamiento que representase el estado de ánimo asociado. Los demás tuvieron que observar atentamente la representación para identificar el estado de ánimo del compañero, nombrarlo y corroborar la coincidencia o no de lo representado, con lo interpretado y con el pensamiento que se les expresaba al final. Solo se hizo con tres participantes a manera de ejemplo y por cuestiones de tiempo. Al interpretar los estados de ánimo de otras personas, se esperaba que se les facilitase identificarlos en sí mismos. Al final de este momento se les pidió que expresasen cómo se sentían al repasar cada pensamiento y sentirlo o percibirlo en los otros.

- ***Cómo practicar e internalizar los pensamientos que nos hacen bien***

Se cambió el tópico de discusión diciéndoles que “para fomentar en uno mismo pensamientos que nos hacen sentir bien debemos identificarlos”. Con ese fin se les presentó la lista de pensamientos (utilizada como base para las tareas – Anexo No 5) y luego se generó una discusión grupal de las ventajas de los mismos.

En esta parte de la sesión se les pidió a los participantes analizar esos pensamientos que los hacían sentirse bien, se hace una dinámica (Anexo No 8) y se les dieron las siguientes guías para trabajar en casa:

- 1 **Aumenta en tu mente el número de pensamientos buenos** Realiza una lista de los pensamientos buenos que tienes acerca de ti mismo y de la vida en general

- 2 **Felícitate mentalmente**

El objetivo de esta parte es que los pacientes se puedan hacer conscientes de que hay personas que no notan la mayoría de las cosas que hacemos. Por lo tanto, se le hace mención de lo importante que es para nosotros reconocerlas y damos crédito por ellas.

- 3 **Detén todo lo que estás haciendo**

Cuando nos ponemos ansiosos y en estado de ánimo de abatimiento, podemos tomar un descanso y damos mentalmente un "tiempesito" a nosotros mismos. ¡Tómate una pausa! Permite relajar tu mente. Permítele a tu mente tomar un respiro. Ponle atención a la habilidad natural de tu cuerpo de sentirse en paz. Sentirse en paz puede dar energías. Aquí iniciamos una breve explicación sobre la importancia de mantenernos relajados y se les orienta sobre las técnicas de relajación.

- 4 **Proyección al futuro**

Por último, les hablamos de la proyección del futuro del que ellos eran parte importante utilizando técnicas de visualización y les dimos la siguiente consigna:

“Imagínate a ti mismo en el futuro, en un tiempo en el que las cosas serán mejores ”

- ***Analizar los pensamientos que nos hacen sentir mal***

Se analizaron además los pensamientos que “nos hacen sentir mal” y cómo ellos “pueden influir en el estado de ánimo y pueden causar deterioro y hacer más difícil el control de la diabetes mellitus. Se les dieron algunos parámetros para que comenzaran a trabajar contra esos pensamientos negativos que los hacían sentir mal. Se les dio la siguiente guía para su uso en casa

1 Interrumpe tus pensamientos

Cuando un pensamiento está arruinando nuestro estado de ánimo, nosotros/as podemos identificarlo y tratar de interrumpirlo. Primero, identifica el pensamiento. Después, percátate a ti mismo. “Este pensamiento está arruinando mi estado de ánimo, por lo tanto, voy a pensar otro”

2 Tiempo para preocuparse

Programa un “tiempo para preocuparte” cada día, de tal forma que te puedas concentrar enteramente en pensamientos necesarios y estar el resto del día libre de preocupaciones. El “tiempo para preocuparte” puede ser de 10 a 30 minutos de duración diariamente.

3 Ríete de los problemas exagerándolos

Si tienes un buen sentido del humor, trata de reírte de tus preocupaciones. Si sientes que no tienes un buen sentido del humor, trata de hacerlo de cualquier forma. Algunas veces esto le puede quitar lo doloroso a algunas preocupaciones.

4 Considera lo peor que puede pasar

A menudo sucede que algunos miedos que tenemos acerca de lo que podría pasar nos hacen sentir más deprimidos que el miedo mismo que nos causa. El analizar las cosas que nos atemorizan y enfrentar las peores posibilidades o consecuencias. Recuerda que lo peor que puede pasar es solamente una de las muchas posibilidades y sólo porque es la peor no significa que es la más probable que ocurra (aquí tratamos de eliminar o ir trabajando los pensamientos distorsionados).

- ***Cambiando nuestras distorsiones cognitivas***

Basados en la terapia cognitiva, damos a conocer el método A-B-C-D (Anexo No 9). Cuando te sientas deprimido, pregúntate a ti mismo/a lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando o hirviendo. Los siguientes ejemplos son presentados en transparencia y discutidos en el grupo. Luego se expuso un ejemplo grupal.

- 1 **A** es el evento activante, es decir, lo que sucedió
- 2 **B** es en inglés el "belief" (la creencia) o el pensamiento que estás teniendo, es decir, lo que te dices a ti mismo/a acerca de lo que está pasando

3 C es la consecuencia de tu pensamiento, es decir, el sentimiento que tienes como resultado de tu pensamiento

4 D es la forma en que le discutes o le hablas a tu pensamiento

En estos ejemplos, puedes usar el método A-B-C-D de la siguiente forma contra la depresión que pueden afectar el curso de la diabetes

A Tengo diabetes (este es un hecho) **B** Algunos de los pensamientos que podrías tener acerca de este hecho son "Nadie puede ser feliz si tiene diabetes", o "la diabetes va a arruinar mi vida" o "No puedo soportar tener diabetes" **C** La consecuencia de concebir estos pensamientos es sentirte muy deprimido por largo tiempo **D** Yo puedo hablarles a estos pensamientos de la siguiente forma "Existen personas que tienen diabetes que son tan felices como otras personas que no tienen diabetes" o "La diabetes es una carga con la que tengo que batallar, pero no está arruinando necesariamente cada minuto de mi vida "o "Tener diabetes es desafortunado Sin embargo, muchos seres humanos tienen diabetes Algunos seres humanos pueden tener vidas satisfactorias a pesar de que tienen diabetes Puesto que yo soy un ser humano, yo también puedo tener una vida satisfactoria a pesar de tener diabetes En lugar de gastar energías estando enojado y deprimido/a por tener diabetes, yo puedo utilizar mis energías tratando de ver cuál es la mejor forma de vivir mi vida"

- **Resumen de la sesión**

Utilizando la pizarra, se escribieron los puntos importantes de los temas tratados en la sesión, y se le pidió a cada participante que, si lo consideraba, añadiese alguna conclusión personal de lo que aprendió en la misma.

- **Retroalimentación**

Se les hizo una retroalimentación de los puntos y tópicos tratados en la terapia y se disiparon las dudas de cada uno de ellos. Se les felicitó por haber participado en esa sesión y se le hizo una invitación a la siguiente semana a la misma hora.

- **Asignación de tareas**

Para la siguiente sesión se continuó con la siguiente tarea:

- 1 ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando el *Termómetro del Animo*
- 2 Continúa trabajando en tus pensamientos. Llena tu *lista de pensamientos* cada día (Anexo No 7)
- 3 Usa el método A-B-C-D (Anexo No 9) para registrar tus pensamientos
- 4 Se entrega una hoja con cada tarea para que pueda hacer sus registros y se realiza una breve demostración

(d) **Sesión No 4 ¿Cómo las relaciones con otras personas pueden afectar nuestro estado de ánimo?**

- Repaso de la sesión anterior

- La importancia del contacto con otras personas
- La importancia de cultivar las relaciones con otras personas
- Ejercicios prácticos
- Retroalimentación
- Resumen
- Asignación de tareas

I Repaso de la sesión anterior

Empezamos la sesión realizando preguntas abiertas a los pacientes, los cuales respondieron de manera dialogada. Se hizo un breve recordatorio de los temas tratados en la sesión pasada, con el siguiente comentario: "Ahora, hemos aprendido a pensar, comportarnos y sentir de una forma más saludable. En algunos momentos de nuestra vida pueden suceder cosas que nos sobrecargan. A veces la depresión comienza durante tales momentos. Si la forma en que estamos usando los pensamientos para aliviar los síntomas no son suficientes, entonces será útil aprender nuevas maneras de pensar y de comportarse, de tal forma que sea mucho menos probable para nosotros permanecer deprimidos".

II La importancia del contacto con otras personas

Se utilizó la técnica de lluvia de ideas que consiste en realizar una pregunta abierta, en este caso: ¿Por qué es importante el contacto de nosotros con los

demás?, para generar múltiples respuestas por parte los participantes, las cuales se iban anotando en el tablero

Luego se cerró la discusión presentando lo siguiente en transparencia

Esta transparencia se hizo de acuerdo a las opiniones emitidas por cada paciente

- a Proporciona experiencia satisfactoria y recompensantes
- b Apoya tus valores en la vida
- c Proporciona compañía y un sentido de estabilidad
- d Da información acerca de ti y que sea importante para ti

III Ejercicios prácticos

Se presentó a discusión lo siguiente No es útil pensar que algo anda mal contigo o con otros cuando las relaciones no funcionan bien Es útil considerar las siguientes preguntas

Aquí generamos una discusión grupal con el objetivo de evaluar cómo ellos se relacionan con otras personas Además, se espera que ayude a fomentar que el grupo comparta experiencias que puedan aportar a la discusión Se practicó un ejercicio (Anexo No 10)

Ejercicio A

- 1 ¿Tu deseas las mismas cosas que la otra persona en tu relación con ella?

2 ¿Son sus intereses similares?

3 ¿Son capaces de decirse el uno al otro lo que piensan y sienten libremente?

Se les realizó una retroalimentación de importancia de cultivar el contacto con las demás personas diciéndole que las relaciones nunca se acabarán de cultivar Nada de lo que es vivo se queda estático, siempre cambia Por otro lado, no vale la pena sufrir el dolor de comenzar una relación cuando la única forma en que la relación va a funcionar es si una o las dos personas involucradas tienen que hacer grandes cambios Una vez que una relación se establece, entonces tiene sentido tratar de cultivarla y mantenerla lo mejor posible

Ejercicio B

Las relaciones interpersonales te pueden ayudar a mejorar tu vida Tu ambiente social te puede ayudar a ser lo que otros consideran una “buena persona” La gente te puede ayudar a sentirte como una persona buena, valiosa y de buena estima Escoge ambientes en los que puedas conocer gente que te ayudarán y que no te perjudicarán

Herramientas

Ejercicio

- ❖ Se pedirá que, con excepción de uno de los participantes, todos los miembros del grupo salgan del salón Se le comunicará al que permaneció en el salón un secreto

- ❖ Luego se pedirá que uno de los que estaba fuera del salón entre al salón
El paciente al que ya se le comunicó el secreto deberá comunicárselo al la que acaba de entrar, de la forma más fiel y precisa posible
- ❖ Luego al paciente que acaba de entrar se le dará la misma encomienda y así sucesivamente
- ❖ Al final se le pedirá al ultimo paciente que entró al salón que diga en voz alta el secreto
- ❖ Su versión se comparará con la versión original
- ❖ Repetir lo que otro dijo para cerciorarse de que lo entendiste bien
- ❖ Repetir lo que otros dijeron con tus propias palabras
- ❖ Puedes preguntar directamente si eso es lo que ellos querían decir

Concluimos en plenana o siguiente Muchas veces la gente discute cosas sobre lo que otros dijeron sin saber si eso era lo que las otras personas realmente querían decir Además, a veces algunas maneras de pensar y decir las cosas pueden afectar nuestro estado de ánimo

iv Retroalimentación

Se da retroalimentación oral sobre los temas discutidos en esta sesión como son las relaciones con los demás, la importancia del contacto, y el apoyo mutuo en momentos de crisis, y expresar nuestra manera de pensar

v. Resumen

De manera individual se escogen al azar algunos participantes para que hagan el resumen de la sesión, para lo cual utilizaron el pizarrón para ilustrar los puntos importantes de esta sesión

vi Asignación de tareas

- 1** Continúa llenando el *Termómetro del ánimo*
- 2** Continúa trabajando en tus pensamientos Llena tu *lista de pensamientos* cada día (Anexo No 7)
- 3** Usa el *método A-B-C-D* (Anexo No 9) para registrar sus pensamientos
- 4** Se entrega una hoja con cada tarea para que pueda hacer sus registros y se realiza una breve demostración
- 5** Se entrega el folleto sobre pensamientos automáticos y se les pide que cada uno traiga una lista de cinco pensamientos automáticos que ellos consideren que generan, en la hoja correspondiente (Anexo No 11A, Anexo No 11B)

vii Cierre de la sesión

Aquí se les extiende una invitación cordial para la siguiente semana y se les motiva a realizar las tareas como proceso importante para el tratamiento psicológico de cada uno

(e) Sesión No 5 Identificación de los pensamientos automáticos

En esta sesión les enseñamos a los participantes cuáles son las características de los pensamientos automáticos, algunas técnicas para identificarlos diferenciar entre un pensamiento automático e interpretaciones, cómo ellos afectan nuestras emociones y además evaluaremos su intensidad

I. Estructura de la sesión

- Revisión de la tarea
- Características de los pensamientos automáticos
- Indagar sobre los pensamientos automáticos
- Retroalimentación
- Tareas
- Terminación de la sesión

• ***Revisión de la tarea***

Se revisa la tarea utilizando el siguiente proceso En grupos de tres discuten las respuestas de las tareas Luego un secretario de cada grupo la presenta en plenaria El terapeuta centra las discusiones en cada grupo y plenaria, favoreciendo que los participantes indiquen cómo les fue en la realización de la tarea y haciendo las retroalimentaciones pertinentes

- ***Características de los pensamientos automáticos***

Se inició una exposición del tema sobre los pensamientos automáticos. Se les dijo que los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamiento más manifiesto (Beck, 1964). Estos pensamientos no son patrimonio sólo de las personas con un trastorno psicológico, sino que son una experiencia común a todos. La mayor parte del tiempo no tenemos demasiados registros de ellos, pero con un poco de entrenamiento podemos traerlos a la conciencia. Se les dice que los pensamientos automáticos parecen surgir espontáneamente. Una vez que cada uno los identifica, las creencias subyacentes se vuelven bastante predecibles. Además, se les deja que los mismos suelen ser breves, que a veces podemos estar conscientes de la emoción que nos hacen experimentar y que los mismos se pueden evaluar según su utilidad.

- ***Indagar sobre los pensamientos automáticos***

Se les explicó que aprender a identificar los pensamientos automáticos entraña un proceso semejante al del aprendizaje de cualquier otra habilidad, y que el primer paso es identificar los pensamientos automáticos y situaciones en las que presentan.

- ***Retroalimentación***

Utilizando la tarea anterior (Anexo No. 11B), llenar la última columna sobre las posibles respuestas emocionales.

Tabla 9 Posibles respuestas emocionales

	Pensamiento automáticos	Sentimientos	Posibles Respuestas Emocionales
1			
2			
3			
4.			
5			

En este formato cada participante pone un pensamiento automático que surge ante una situación relacionada con la diabetes mellitus o su vida general y el sentimiento que experimenta puede ser tristeza, ira, enojo o rabia. El objetivo de este ejercicio es que los participantes puedan ir identificando esos pensamientos que luego producen sentimientos desagradables que no contribuyen al mantenimiento de la salud emocional y física.

- **Tareas**

- Se les entrega un formulario de posibles preguntas. Para indagar para cada pensamiento automático, deben responder cuando la situación se les presente en casa (Anexo No 12)

Tabla 10 Preguntas y posibles respuestas (emocional)

PREGUNTA	RESPUESTA
1 ¿En qué se supone que estaba pensando	
2 ¿Cree usted que estaba pensando en _____ ?	
3 ¿Estaba usted imaginado algo que podría suceder o recordando algo que ocurrió?	
4 ¿Qué significa esta situación para usted?	
5 ¿Estaba usted pensando en _____ ?	

- **Terminación de la sesión**

Se finaliza la sesión haciéndoles una cordial invitación a todos los participantes para las siguientes semanas y reforzando la importancia de la realización de la tarea. Se les solicita traer opiniones sobre las ventajas de la relajación en la terapia cognitiva.

(f) Sesión No 6 Reestructuración cognitiva

- **Estructura de la sesión**

- Revisión de tareas
- Reestructuración cognitiva
- Ejercicio práctico

- Introducción a las técnicas de relajación
- Retroalimentación
- Tareas
- Cierre de la sesión

- ***Revisión de tareas***

Se revisan las tareas utilizando la metodología de la sesión anterior. Se pide a uno de los participantes que presente puntos importantes como el registro o el llenado del *termómetro del ánimo*, el registro de algunos pensamientos que producen respuestas inadecuadas, algunos aportaron algunas opiniones sobre las ventajas de mantenernos relajados ante eventos diarios que sobrevienen a veces de manera inesperada.

- ***Reestructuración cognitiva***

Se le explicó que la reestructuración cognitiva es una técnica cognitivo conductual que tiene como finalidad que las personas cambien sus pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos a la situación.

Se detallaron los principios básicos de esta teoría, tales como pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas e ideas irracionales.

Se les indicó que, ocasionalmente, tenemos ideas irracionales que hacen alusión a afirmaciones que son irreales. También tenemos distorsiones

cognitivas, que son aquellos pensamientos que llevan una parte de probabilidad de ser ciertos y son discutibles o pueden debatirse

Se amplió que al modificar nuestros pensamientos logramos probablemente que las emociones y las conductas que emitamos sean más adecuadas

Indicamos qué son los pensamientos automáticos Señalamos que son pensamientos que surgen muy rápido y que muchas veces no llegan a nuestra conciencia, pero que determinan nuestras reacciones Se indica que un aspecto central de la terapia es identificar los pensamientos automáticos disfuncionales, o sea, aquellos que distorsionan la realidad y suelen llevar a reacciones emocionales negativas y que son aprendidos en etapas tempranas de la vida

- **Ejercicio práctico**

Se le entregó una hoja a cada participante para que responda un cuestionario de tres situaciones en las cuales debe identificar los pensamientos negativos automáticos y explicar las razones por las que son negativos (Anexo No 13)

<i>Tabla 11 Cuestionario</i>	
Tres pensamientos negativos, automáticos	Razones por las que son negativos
1	
2	
3	

Además, aquí se vuelve a leer los pensamientos señalados en la sesión No 2 (Anexo No 5) Además, se usa la técnica de voces internas

El objetivo de esta técnica consiste en practicar la generación de alternativas de respuestas a los propios pensamientos negativos. Esta práctica se lleva a cabo mediante la técnica de *exteriorización de voces internas* propuesta por Burns (Sank, Shaffer y Boulandier, 1993). Consiste en que una persona dice en voz alta los pensamientos automáticos negativos, mientras que otra los contrarresta con pensamientos alternativos positivos. ¿Cómo vería un observador externo esta situación? ¿Qué evidencia tengo de que mi interpretación sea la única para la situación? ¿Cuál podría ser una explicación alternativa? El ejercicio se lleva a cabo a través del juego de roles, en donde el (a) paciente I, que juega el rol de negativa, emplea el pronombre "tú" ("Tú nunca harás las cosas bien") y (b) otro paciente entrenado con anterioridad, juega el rol de positivo, utilizando el pronombre "yo" ("yo hago algunas cosas bien"). Después los roles se invierten.

El empleo del pronombre "tú", (según Sank, Shaffer y Boulandier, 1993) por parte de la voz que representa los pensamientos negativos atiende a los siguientes propósitos. Primero, es más fácil reconocer distorsiones cuando éstas se aplican a una persona diferente de uno mismo. Segundo, utilizar "tú" como acusación hace que resulte más fácil para una persona el representar el rol positivo que le permita contrarrestar la falta de lógica que encierra esa afirmación cuando esos pensamientos han sido abandonados por su dueño. El empleo del "yo" está dirigido a promover la identificación de un modo de pensamiento más racional y ayudar a la persona que habla a interiorizar un marco de actitudes más funcional.

- ***Introducción a la técnica de relajación de Jacobson***

Ante todos estos pensamientos, los cuales pueden generar algunas emociones negativas y dañinas para nuestra salud y la evolución de la *diabetes mellitus*, es importante contar con algunas técnicas

El objetivo de esta parte es que los participantes puedan manejar periodos depresivos de manera relajada. Aquí cada uno expone las investigaciones que cada uno pudo hacer de la importancia de mantenernos relajados

Ejercicio (Anexo No. 14) Se les habló y se les hizo demostración de la manera correcta de respirar, como se debe registrar en los periodos de relajación

- ***Retroalimentación***

Se les hace retroalimentación de manera grupal sobre la importancia de aprender a cambiar nuestros pensamientos y sustituirlos por pensamientos funcionales, y las ventajas que estos pueden traer para nuestra salud al mantenernos relajados. Se les orienta, además, sobre la importancia de las técnicas de relajación

- ***Tarea***

1. Llenar hoja de situaciones que les producen sentimientos de depresión, identificar los pensamientos o distorsiones cognitivas emocionales, comportamiento, reacciones fisiológicas e identificar

las distorsiones cognitivas, tomando en cuenta la hoja que se proporcionó en la sesión dos

- 2 Practicar las técnicas de relajación y registrar las dificultades que presentan (Anexo No 15)
- 3 Traer un petate u otro artículo donde puedan acostarse

- ***Terminación de la sesión***

Se termina la sesión invitándoles y motivándolos a realizar las tareas

(g) Sesión No 7 Reestructuración cognitiva y técnicas para hacer frente a los síntomas depresivos

I Estructura de la sesión

- Revisión de tareas
- Entrenamiento en relajación
- Presentar las técnicas de visualización
- Ejercicio práctico
- Retroalimentación de la sesión
- Tareas para la casa
- Terminación de la sesión

- ***Revisión de las tareas***

Se hace revisión de las tareas de manera grupal y se aclaran dudas y dificultades encontradas en las tareas asignadas

- ***Entrenamiento en relajación***

Se hizo la siguiente explicación La relajación es un concepto ampliamente utilizado en el mundo occidental y practicando en el onental desde tiempos inmemorables Implica la distensión muscular y psíquica con un descenso en la tensión generada por el trabajo y el esfuerzo muscular, que facilita la recuperación de la calma, equilibrio mental y la paz interior Es el descenso paulatino de la acción muscular y la tranquilidad psíquica que generan un estado de bienestar de salud

- ***Presentar técnicas de visualización***

Se les presenta de manera expositiva la visualización como técnica psicología y cognitiva en la cual se utilizan imágenes mentales que representan aquello que queremos conseguir, nuestro objetivo o meta Se basa en la idea de que la repetición continuada de aquello que queremos conseguir facilita su consecución Combinada con cualquiera de las técnicas de relajación, el empleo de la visualización es primordial en el manejo de los síntomas depresivos por causa de una enfermedad crónica (diabetes mellitus) y saber utilizar estas técnicas puede favorecer la recuperación de la salud

- **Ejercicios prácticos**

Cada miembro sentado sobre su petate en el piso Se inicia la terapia de relajación dándoles indicaciones de la importancia de saber respirar y así poco a poco, guiados, cada uno fue entrando en un periodo de relajación apoyado en las técnicas de relajación Después de unos minutos, cada participante gozaba de un estado de bienestar y de completa relajación

- **Retroalimentación de la sesión**

Aquí se les hace retroalimentación de las técnicas de relajación y visualización y se les entrega un formulario para que hagan un registro de cómo se sintieron al momento de estar en la terapia (Anexo No 15)

Tabla 12 Evaluando su ejercicio de relación

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy Tenso(a)										Muy
relajado					Un poco relajado(a)					
Fecha	¿Por cuánto tiempo se relajó?			Nivel, de, síntomas ansiogeno al inicio			¿Nivel de síntomas ansiogenó al final?			

- **Tareas para la casa**

- Revisar documentos sobre las técnicas de relajación y visualización y hacer el registro semanal del documento sobre la evaluación de su ejercicio de relajación
- Traer una lista de cinco actividades potencialmente agradables (Anexo No 16)
- Traer una lista de cinco actividades de dominio (Anexo No 17) Se pretende retomar aquellas actividades que les apasionaban antes del diagnóstico de diabetes y/o la aparición de los síntomas depresivos

- **Terminación de la sesión**

Se finaliza la sesión haciendo una invitación para la próxima semana y reforzándoles la importancia de la realización de las tareas

(h) Sesión No 8 Reestructuración cognitiva y técnicas placenteras para el manejo de los síntomas depresivos

El objetivo de esta sesión es

- Identificar lo que me gusta hacer
- Hablar de cómo formular un plan para lograr hacer más actividades saludables

I Estructura de la sesión

- Revisión de las tareas

- Repaso
- Ejercicio práctico
- Evaluación individual
- Tareas
- Retroalimentación
- Terminación de la sesión

- ***Revisión de las tareas***

Se inicia la revisión de las tareas de manera individual y se aclaran dudas respecto a la realización de las mismas

- ***Ejercicio práctico***

Basándonos en las tareas asignadas, iniciamos esta sesión promoviendo una discusión grupal sobre la importancia de las actividades placenteras que pueden ayudar a mejorar los síntomas depresivos, que en nada contribuyen a la calidad de vida y control de la diabetes mellitus

Distribuimos una hoja con el siguiente formato para que cada participante pudiera llenarlo de manera individual (Anexo No 18)

Se les habló de las actividades agradables, y de los siguientes tópicos,

- Diferencias entre personas
- Diferencias que ocurren en mis gustos (no siempre nos gusta hacer alguna actividad específica, y es posible que solamente nos gusta hacer

actividades bajos ciertas condiciones Es bueno tener actividades que se puedan hacer solo)

- Controlamos cuando las actuamos, y no dependemos de otras personas
- Tenemos así tiempo para pensar y disfrutar de nuestros propios pensamientos
- Es bueno también tener actividades que puede hacer con otras personas
- Los contactos agradables con otras personas nos hacen sentir mejor
- Otras personas podrían aumentar nuestra motivación para hacer una actividad
- Podríamos mejorar nuestras relaciones con otras personas el hacer cosas agradables juntas ayuda a las personas a disfrutar mutuamente
- Las actividades agradables y breves son importantes
- Porque podemos hacer muchas cosas cada día Son utiles cuando estamos ocupados
- Las actividades agradables y breves nos dejan reconocer lo bello de este mundo

- ***Evaluación individual***

En esta parte realizamos una entrevista individual con el objetivo de revisar las metas propuestas al inicio del tratamiento los problemas personales que no hubiesen salido durante las sesiones de grupo y evaluar qué tanto han avanzado (Aquí se evalúan los seis primeros participantes)

- **Tareas** (Anexo No 19)

Indicaciones Ponga una marca (√) a las actividades que hizo el día de hoy (ver Tabla 13)

Tabla 13 Lista de actividades agradables (algunos ejemplos)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Vestirme con ropa que me gusta							
Escuchar la radio							
Observar a la gente							
Mirar las nubes							
Comer buenas comidas							
Estar fuera de la casa (la playa, el campo)							
Cuidar plantas							
Tratar que las personas muestren interés en las cosas							
Qué digo							
Ver qué cosas buenas ocurren a familiares o amigos amistades							
Halagar/dar un cumplido a alguien							
Hablar de deportes/eventos actuales							
Ver paisajes bonitos							
Salir a caminar							
Hacer una nueva amistad							
Ir al cine o al teatro							
Ir al museo							
Jugar a las cartas o al ajedrez							
Mirar una puesta de sol							
Hacer artesanías							
Aprender algo nuevo							
Coleccionar cosas							
Que me pidan consejos							

Otras actividades que me agradan

- Se les entrega un folleto sobre las conceptualizaciones de las creencias intermedias para estudiarlas en casa, para después discutir las en la siguiente sesión

- ***Retroalimentación***

Aquí se hace retroalimentación de la importancia de las actividades agradables que pueden ayudar a mejorar el estado de ánimo de cada uno

- ***Terminación de la sesión***

Se les realiza una invitación para la siguiente sesión y se refuerza la importancia de la realización de las tareas

(i) Sesión No 9 Identificación y modificación de las creencias intermedias y técnicas para el manejo de los síntomas depresivos

i Estructura de la sesión

- Revisión de las tareas
- La conceptualización cognitiva
- Identificar las creencias intermedias
- Ejercicio práctico
- Evaluación individual (seis participantes)
- Tareas
- Retroalimentación

- Terminación de la sesión

- ***Revisión de las tareas***

Se realizó revisión de las tareas de manera grupal y se aclararon las dudas del llenado del documento sobre las actividades agradables. Se les pide a algunos de los participantes que desearon compartir sus tareas que lo hagan.

- ***La conceptualización cognitiva***

En esta parte de la sesión se inicia una charla expositiva donde se explica sobre las creencias intermedias (compuestas por reglas, actitudes y presunciones) y las creencias centrales (ideas globales rígidas y absolutas acerca de uno mismo y/o los demás).

Beck, (2006) las define como ideas adquiridas desde la infancia con un valor fundamental y profundo. Este valor es absoluto y no suelen expresarse ni a uno mismo. Estas ideas se crecen ya que simplemente se cree "las cosas son así".

En nuestro ejemplo, la persona puede creer que es tímido por naturaleza. En su familia aceptaron que todos eran tímidos y es de "nosotros ser así".

"Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de la creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso".

Los pensamientos automáticos, que son las imágenes que pasan por la mente de la persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición. Por ejemplo, en nuestro caso,

la persona tendría imágenes de sí misma frente, a todo el mundo, paralizada o tartamudeando, etc y simultáneamente visualizará a las demás personas realizando comentarios sobre ella y su actuación

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación.

- ***Identificar las creencias intermedias***

Aquí se les dan las siguientes explicaciones sobre las creencias intermedias, de manera expositiva y de manera dialogada.

Actitudes, reglas y presunciones

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. Se les da una lista de creencias intermedias.

- Actitud "Ser incompetente es algo terrible"
- Reglas/expectativas "Debo trabajar lo más duro que pueda todo el tiempo"
- Presunción "Si trabajo muy duro, podré hacer algunas cosas que otras personas pueden hacer fácilmente"

Estas creencias influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta. Se describe, a

continuación, la relación entre las creencias intermedias, las creencias centrales y los pensamientos automáticos

- ***Ejercicio práctico.***

- Creencias centrales → creencias intermedias → pensamiento disfuncional
- Aquí se le hace entrega de un formulario donde a cada participante para que identifique cuáles son sus creencias centrales y den lugar a las intermedias

- ***Evaluación individual (seis participantes)***

En esta parte realizamos entrevistas individuales con el objetivo de revisar las metas propuestas al inicio del tratamiento, los problemas personales que no hubiesen salido durante las sesiones de grupo y evaluar qué tanto han avanzado (Aquí se evalúan otros seis participantes)

- ***Tareas***

- Se le asigna que revisen un documento de asertividad
- Trabajar el documento de creencias centrales y cómo ir cambiándolas
- Se entrega el siguiente formulario para que examinen las ventajas y desventajas

- ***Retroalimentación***

Se les hace reforzamiento sobre los temas tratados en esta sesión, y se refuerza la importancia de realizar las tareas

- ***Terminación***

Se termina la sesión haciendo una invitación para la siguiente semana

(j) Sesión No 10 Reestructuración cognitiva y entrenamiento asertivo

I Estructura de la sesión

- Revisión de tareas
- Entrenamiento asertivo
- Ejercicio práctico sobre el asertividad
- Otras técnicas cognitivas
- Evaluación individual
- Retroalimentación
- Tarea
- Terminación de la sesión

- ***Revisión de tareas***

Se pide a los participantes que compartan puntos importantes. Los mismos usan el pizarrón para exponer ideas generales sobre la asertividad. Cada uno comparte las ventajas y desventajas de eliminar las creencias centrales.

- ***Entrenamiento asertivo***

Se les hacen las siguientes explicaciones de manera dialogada. Algunos pacientes depresivos, debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir las conductas de defensa de sus derechos personales o las expresiones de deseos y opiniones personales.

El entrenamiento asertivo ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la depresión, el resentimiento y la ansiedad derivada de las relaciones sociales, especialmente cuando tales reacciones han sido provocadas por situaciones injustas.

Se les explica que, en varias ocasiones, ellos tienen que decir que no a la amabilidad o a la persistencia de las personas para poder cumplir con sus controles y mantener su salud. Se explica que, durante esos momentos, es importante que ellos muestren conductas asertivas para no hacer a los demás y hacer lo que les convenga.

- **Ejercicio práctico sobre el asertividad**

Aquí se le hace una breve explicación de manera dialogada. El primer paso en el entrenamiento de técnicas asertivas es identificar los tres estilos básicos posibles en toda conducta interpersonal:

- 1 **Estilo agresivo** Son ejemplos típicos de este tipo de conducta la pelea, la acusación y la amenaza, y en general todas aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tener para nada en cuenta sus sentimientos. La ventaja de esta clase de conducta es que la gente no pisa a la persona agresiva, la desventaja es que no quieren tenerla cerca.
- 2 **Estilo pasivo** Se dice que una persona tiene una conducta pasiva cuando permite que los demás la pisquen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto. La ventaja de ser una persona pasiva es que raramente se recibe un rechazo directo por parte de los demás, la desventaja es que los demás se aprovechan de uno y se acaba por acumular una pesada carga de resentimiento y de irritación.
- 3 **Estilo asertivo** Una persona tiene una conducta asertiva cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella. Al mismo tiempo, es considerada con la forma de pensar y de sentir de los demás. Se comparten algunos derechos que todos debemos tener.

DERECHOS ASERTIVOS

Tengo derecho a ser mi propio juez y valorar mi conducta

- Tengo derecho a hacer cualquier cosa que yo quiera, con tal de no lastimar a otra persona
- Tengo derecho a mostrar mi dignidad, aunque esto lastime a alguien
- Tengo derecho a pedirle cualquier cosa a cualquier persona, siempre y cuando reconozca que la otra persona tiene derecho a decir que no
- Tengo derecho a decidir si me incumbe resolver problemas ajenos
- Cuando mis derechos no están bien claros, tengo derecho a discutirlos y aclararlos
- Tengo derecho a decir "no sé" o a cambiar de parecer
- Tengo derecho a hacer valer mis derechos
- Tengo derecho a renunciar a mis derechos

Ejercicio práctico

- En esta primera parte se les entregó una hoja para que ellos puedan clasificar las frases pasivas, agresivas y asertivas, las cuales con nuestra ayuda pudieron identificar, además se les da una hoja para que identifiquen, grupalmente, las frases pasivas, agresivas y asertivas, las cuales se discuten (Anexo No 19A)

Tabla 14 Indicando frases pasivas, agresivas y asertivas

Pasivas	Agresivas	Asertivas

- **Otras técnicas cognitivas**

Aquí iniciamos dándoles algunas técnicas cognitivas para cuando aparezcan los pensamientos recurrentes que pueden afectar el estado de ánimo

- Ejercicios de respiración
- Técnicas del disco rayado Se les da una breve explicación en qué consiste esta técnica, la cual le ayudara esos pensamientos o discursos que muchas veces hacen y que pueden afectar el estado de ánimo
 - Explicación La técnica del disco rayado es una técnica asertiva muy efectiva para defender el derecho que tenemos a tomar nuestras decisiones y a que no nos manipulen porque después nos sentiremos culpables y cederemos fácilmente a los chantajes emocionales
 - Consiste simplemente en repetir lo que quieres, una y otra vez, independiente de lo que diga el otro, hasta que se dé cuenta de que no vas a cambiar de opinión

- Se les da una hoja para que practiquen algunas frases que muchas veces ellos piensan y que otras personas les dicen, y cuáles serían sus palabras para no permitir que las mismas puedan herir a nadie
- Hacer una lista de metas personales

Tabla 15 Práctica de la técnica del disco rayado (Anexo No (19B)

Pensamientos que surgen de mí	Frases que la gente dice y que muchas veces me afectan	Frases para contrarrestar los pensamientos y frases

- ***Evaluación individual***

En esta parte realizamos una entrevista individual con el objetivo de revisar las metas propuestas al inicio del tratamiento, los problemas personales que no hubiesen salido durante las sesiones de grupo y evaluar qué tanto han avanzado (Aquí se evalúan los tres últimos participantes)

- ***Retroalimentación***

Se hace un breve repaso de la sesión sobre aspectos tratados

- Se les refuerza sobre la importancia de realizar las tareas

- ***Tarea***

- Hacer registros de las frases pasivas , agresivas y asertivas (Anexo No 3A)

- Practicar la técnica del disco rayado (Anexo No 19B)
- Leer un documento sobre toma decisiones para aclarar dudas en la siguiente sesión

- ***Terminación de la sesión***

Se terminó la sesión haciendo una invitación para la siguiente semana

(k) Sesión No 11 Solución de problemas y toma de decisiones

En esta parte es el modelo de solución de problemas y toma de decisiones. El mismo se centra en las relaciones entre los principales acontecimientos por medio de la solución de problemas y la sintomatología depresiva.

I Estructura de la sesión

- Revisión de las tareas
- Explicación sobre la Solución de Problemas para la toma de decisiones
- Ejercicios prácticos sobre la solución de problemas para la toma de decisiones
- Retroalimentación
- Tareas
- Terminación de la sesión

- ***Revisión de las tareas***

Se pide a uno de los participantes que empiece la discusión de las tareas con las dificultades que encontró en identificar aquellas frases pasivas agresivas y las maneras asertivas de responder. También se les pregunta de manera individualizada si practicaron la técnica del disco rayado y se evalúa cómo se sintieron al dar las respuestas a los diálogos tanto propios como a los de los demás. Además se forman grupos de cuatro participantes para la discusión del folleto de toma de decisiones. También se revisan las metas personales de cada uno de manera individual y se les vuelven a entregar para trabajar con ellas luego.

- ***Explicación sobre la solución de problemas para la toma de decisiones***

Se les da una explicación de manera dialogada de cómo es el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida e intentan modificar el carácter problemático de la situación misma, o bien sus reacciones hacia ella, y se explica también o que la depresión dificulta mucho solucionar los problemas y, por ende, la toma de decisiones.

- ***Ejercicios prácticos en toma de decisiones***

- Se entregó a cada miembro una hoja (*Tabla 17*) para que ellos puedan trabajar sobre la identificación de problemas y establezcan cómo llegar a tomar decisiones. Esto se hace de manera individual.

- Después de que todos terminaron, se le pide a un participante voluntario que comparta su cuadro de análisis de problemas para la toma de decisiones, lo cual se hace por medio de la técnica de torbellino de ideas la cual consiste en que todos vayan emitiendo su opinión respecto a los cuadros de análisis para la toma de decisiones.

Tabla 16: Cuadro de análisis para la toma de decisiones

Definir el problema	Formulación del problema	Generación de alternativas	Toma de decisiones	Puesta en práctica de la solución y verificación
Aquí deben identificar causas	Aquí deben formular objetivos realistas	¿Cómo conseguir lo que quiero y cuántas soluciones tengo?	¿Qué puede ocurrir si escojo esta alternativa?	Se autorregistran las actuaciones, se autorrefuerzan los logros, se introducen las modificaciones pertinentes, si fuera necesario

- ***Retroalimentación***

Se les refuerza sobre la importancia de la solución de los problemas que se generan en la vida diaria y que a veces por la condición de estar deprimidos, nos cuesta tomar decisiones. Se reforzará además y que después de este ejercicio práctico realizado por cada uno espera que puedan tomar decisiones evaluando en las ventajas y desventajas en las decisiones que tomen.

- **Tareas**

- Se les asignan prácticas o llenado del cuadro de solución de problemas y toma de decisiones
- Leer el documento sobre “La ruptura del pasado” del libro de *Tus zonas erróneas* de Wayne Dyer

- **Terminación de la sesión**

Se les hace una invitación cordial para la próxima semana Y se les refuerza sobre la importancia de la realización de las tareas

(II) Sesión No 12: Integración y evaluación

En esta ultima sesión se hace una integración de todo lo aprendido en las once sesiones anteriores con el objetivo de aclarar dudas futuras referente al manejo cognitivo conductual de los síntomas depresivos que afectan la calidad de vida de los participantes con diabetes mellitus

I Estructura de la sesión

Esta sesión se estructuró de la siguiente manera

- Revisión de las tareas
- Aclaración de dudas futuras
- Evaluación de los síntomas depresivos con el instrumento inventario de depresión de Beck (BID)

- Técnicas para evitar recaídas
- Terminación de la Sesión

- ***Revisión de las tareas***

Se revisaron las tareas sobre el llenado del cuadro de *solución de problemas y toma de decisiones*, y se hace un torbellino de ideas de la lectura de *tus zonas erróneas*, cada participante hizo grandes aportes sobre no quedarnos viviendo en el del pasado, y que importante o seguir adelante sin importar el padecimiento que trae sufrir de *diabetes mellitus*.

- ***Aclaración de dudas futuras***

Aquí se les aclara lo importante que es seguir explorando aquellas áreas en que aun falta hacer mejoras

- ***Evaluación de los síntomas depresivos con el instrumento inventario de depresión de Beck (BID)***

Se vuelve aplicar el instrumento de inventario de depresión de Beck (BID) a todos los participantes Ellos muestran mucho interés en saber qué tanto han mejorado en estas ultimas semanas

- ***Técnicas para evitar recaídas***

Luego de haber recibido un entrenamiento en el manejo de síntomas depresivos, se les explica que, cuando perciban algún pensamiento que los deprime como antes, bajo la orientación de las terapias cognitivo- conductual, ponga en práctica todas esas técnicas aprendidas en cada sesión

- ***Terminación de la Sesión***

Después de terminar de evaluar a cada uno, se les da un agradecimiento por haber participado de este programa que les ayudara a manejar los síntomas depresivos los que afectan consecuencias a la evolución de la diabetes mellitus que cada uno padece

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

1 Características del grupo de estudio

Tabla 1717 Descripción de las variables más importantes de cada paciente

Sexo	Edad	Estado civil	Tiempo de diabetes (años)	Escolaridad	Antecedentes personales por Depresión	Antecedentes familiares con Depresión	ESCALA DE BECK		
							Antes	Después	Diferencia (todos son valores negativos)
F	31	Casado	2	Universitaria	Sí	No	18	7	11
M	43	Casado	1	Primaria	No	Sí	16	6	10
F	37	Unido	2	Secundaria	No	No	20	6	14
M	43	Unido	1	Universitaria	Sí	Sí	20	8	12
F	33	Soltero	0,75	Universitaria	Sí	No	16	6	10
F	44	Casado	0,5	Secundaria	Sí	No	16	4	12
M	45	Soltero	0,916	Secundaria	Sí	Sí	19	6	13
F	39	Casado	2	Secundaria	Sí	No	20	5	15
F	45	Casado	2	Universitaria	No	Sí	17	8	9
M	44	Unido	2	Universitaria	No	No	20	6	14
F	28	Soltero	1	Universitaria	No	Sí	21	8	13
M	27	Unido	0 67	Universitaria	No	No	18	5	13
M	46	Unido	0 5	Secundaria	No	No	17	7	10
F	46	Separado	2	Primaria	Sí	No	21	4	17
F	35	Soltero	0 416	Universitaria	No	Sí	22	7	15

El cuadro anterior ilustra de manera detallada como estuvo conformada nuestra muestra haciendo referencias algunos datos encontrados al momento de realizar las entrevistas individuales así como otros encontrados en la aplicación de la escala de Beck a los participantes del estudio

Figura 1: Distribución de la muestra de acuerdo al estado civil.

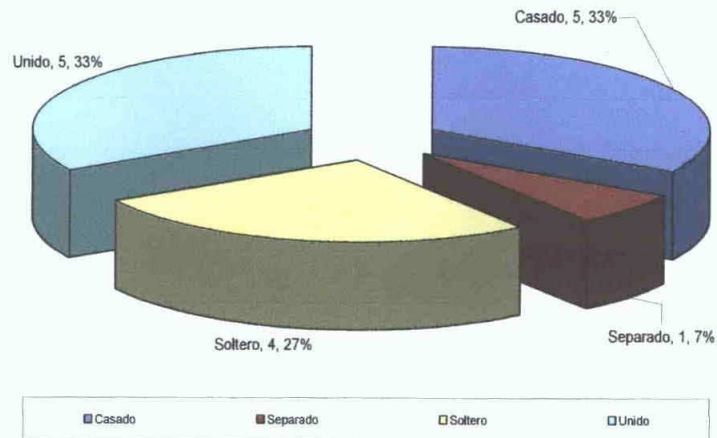
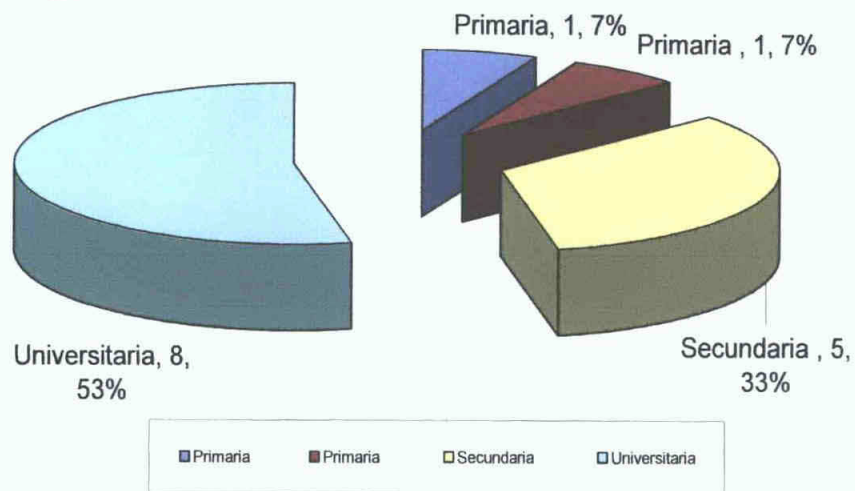


Figura 2: Distribución de la muestra de acuerdo a la escolaridad.



El grupo de estudio consistió de 15 personas. Su edad promedio era de $39 \pm 6,75$ años. Un 60 % (9) eran mujeres. Aproximadamente 1/3 del grupo pertenecía a las categorías casado, unido y soltero, (ver Figura 1). Solo un participante estaba separado. El 53 % (8) tenía escolaridad universitaria, (ver Figura 2.) y el mismo porcentaje 53 % tenía antecedentes de depresión. El 60 % (9) tenía antecedentes familiares de depresión. El tiempo medio de diagnóstico de diabetes era de $1,67 \pm 0,5$ años.

Los 15 sujetos presentaban al inicio del estudio un nivel de depresión moderado de acuerdo a la escala de Beck y al final todos presentaban un nivel de depresión nulo. El rango de diferencia del valor inicial al final fue de 9 a 17 puntos con un promedio de $12,53 \pm 2,26$.

Figura 3: Distribución de la diferencia de los valores en las escalas de Beck antes y después de la terapia. (Los valores negativos, pero para facilidad del lector se colocan sin signo).

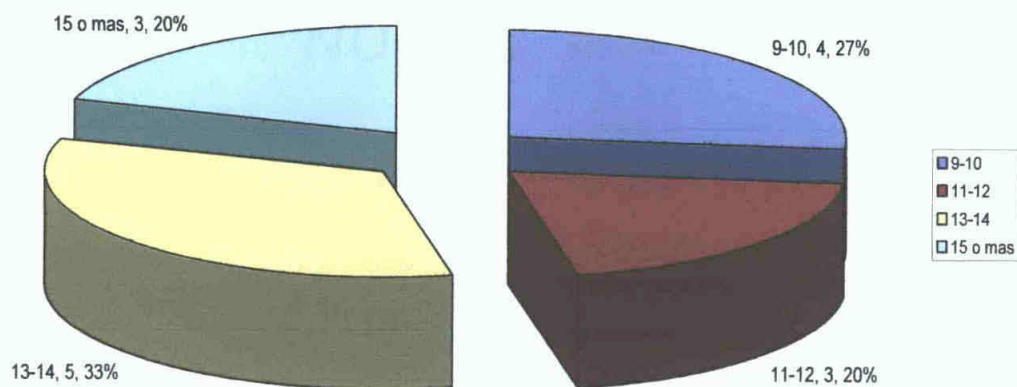


Tabla 18 Resumen de los datos de la escala de Beck por pregunta, antes y después del tratamiento

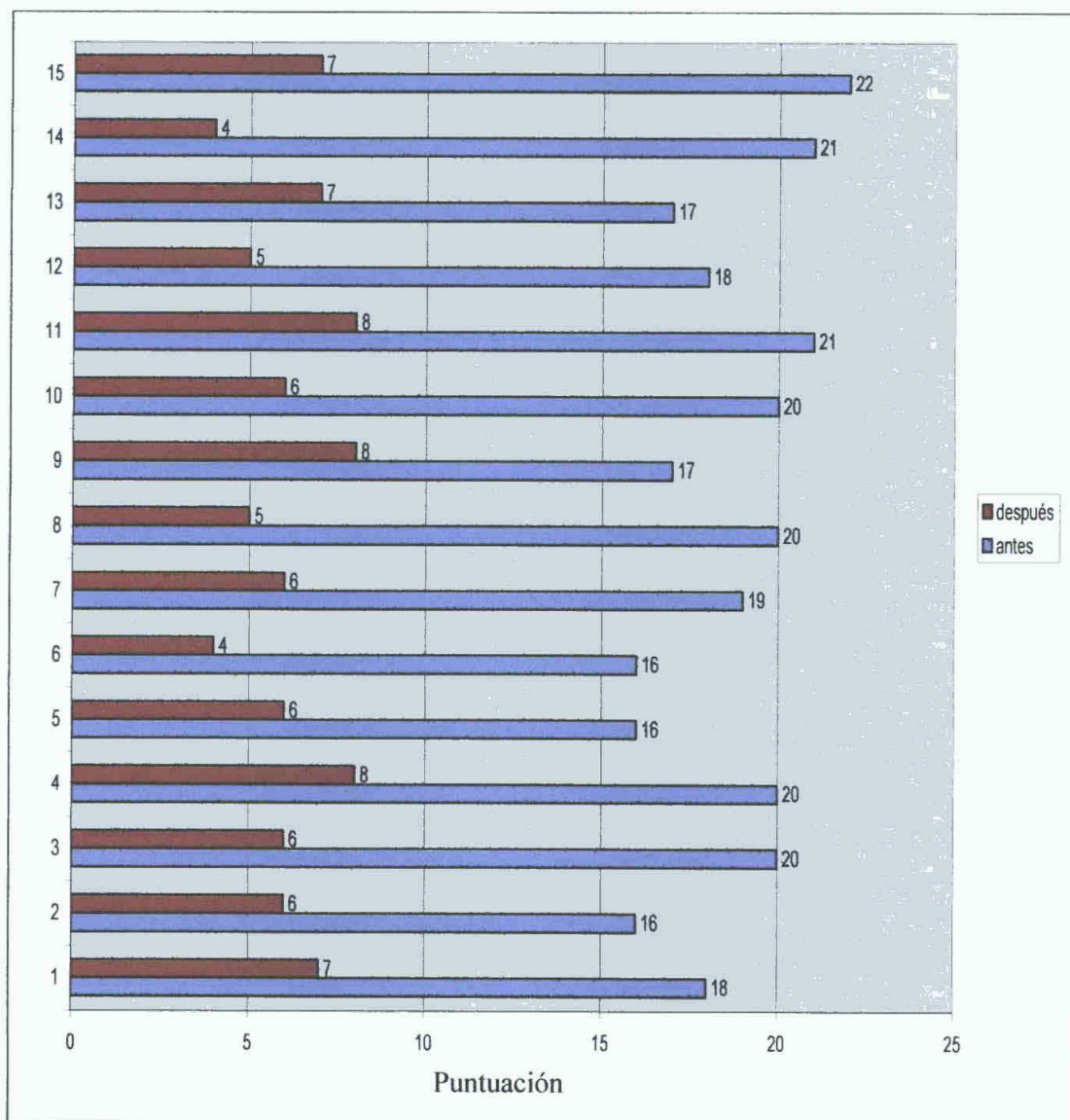
ANTES																						
Preg unta Sujet os	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1	2	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	18
2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	1	0	1	2	1	1	16
3	2	2	0	3	0	1	1	0	0	1	0	1	0	3	0	1	1	0	1	1	2	20
4	1	1	1	0	1	1	1	2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	3	2	20
5	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	3	0	0	0	0	1	0	0	3	2	16
6	1	1	0	1	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	1	16
7	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	1	0	1	2	1	19
8	2	1	0	2	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	2	0	2	1	2	1	1	20
9	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	17
10	1	2	0	1	1	1	1	1	2	1	2	0	1	0	0	1	1	0	1	1	2	20
11	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	21
12	2	2	2	1	3	0	1	1	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	18
13	1	1	0	0	1	2	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	17
14	1	2	0	2	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	2	0	1	0	0	3	21
15	2	3	0	3	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	3	0	0	1	22
DESPUÉS																						
Sujeto s	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	7
2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	6
3	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6
4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	8
5	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	6
6	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4
7	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	6
8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	5
9	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	8
10	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	6
11	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8
12	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
13	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	7
14	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
15	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	7

(a) Resultados relevantes

Al inicio de la terapia todos los participantes presentaban una puntuación compatible como moderadamente deprimidos y al final todos puntuaron como no deprimidos (ver **Figura 4**)

Figura 4 Puntuación antes y después para cada sujeto en estudio

Sujetos _____



El promedio de puntuación inicial fue 18 ± 4 y al final 6 ± 2 . El uso del estadístico t para muestras apareadas nos da un valor de 21.4, el cual mayor que el valor crítico de 1.76 para una $p: 0.05$ y GL: 14. Con base en lo anterior se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la diferencia en las puntuaciones, antes y después, es estadísticamente significativa.

Al hacer el análisis de las diferencias en las respuestas por preguntas obtuvimos el siguiente resultado

Tabla 19 Valor de t de student para cada pregunta de la escala de Beck aplicada a los 15 participantes antes y después de la terapia (p 0,05, Valor crítico 1,76)

PREGUNTA	MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR ANTES	MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR DESPUÉS	T DE STUDENT VALOR CRÍTICO: 1,76
1	1,27± 0,35	0,47± 0,27	4
2	1,33± 0,52	0,2± 0,17	6,85
3	0,47± 0,41	0,27± 0,21	1,87
4	1,13±1,12	0,33±0,38	4
5	0,93±0,64	0,27±0,35	5,29
6	0,86±0,27	0,33± 0,26	3,5
7	1±0,28	0,4±0,24	4,18
8	0,73±0,35	0,13±0,21	2,82
9	0,93±0,64	0,13±0,24	3,67
10	0,8±0,17	0,2±0,26	3,05
11	0,6±0,4	0,27±0,12	2,82
12	0,87±0,69	0,27±0,17	2,87
13	0,8±0,46	0,33±0,21	3,22
14	0,67±0,81	0,27±0,35	3,05
15	0,67±0,38	0,33±0,24	2,64
16	0,87±0,41	0,27±0,35	2,80
17	0,73±0,35	0,2±0,31	4
18	0,67±0,67	0,27±0,21	2,44
19	0,87±0,69	0,2±0,17	4,18
20	0,13±0,98	0,4±0,54	4,03
21	1,4±0,54	0,4±0,26	4,58

En el cuadro anterior presentamos las medias y estadísticos t para cada una de las 21 preguntas aplicadas antes y después de la terapia a los participantes de nuestro estudio. Mientras mayor sea el valor del estadístico, mayor será la

significancia del cambio en esa pregunta. Podemos resaltar que la pregunta que tuvo una mayor diferencia fue la pregunta 2, relacionada con el ánimo en relación al futuro, seguida de la pregunta 5, que trata de la visión de culpa, ambas tienen un fuerte contenido cognitivo y puntuaron alto al inicio, por lo que son más vulnerables de ser modificadas significativamente mediante el proceso terapéutico. En contraste con la pregunta 3 que trata de la sensación de fracaso y que antes de la terapia tuvo un promedio de 0,44 y después de 0,2, valores muy cercanos entre sí, estadístico será de menor magnitud. En la pregunta 21 el cambio de medias es llamativo, pero la varianza condiciona una *t* de magnitud promedio.

La diferencia en el antes y el después fue altamente significativa y el dado tamaño de la muestra es pequeño no se consideró prudente el análisis de diferencias en la escala de Beck por las otras variables planteadas inicialmente.

2 Resultados o incidencias más relevantes del proceso terapéuticos

Observamos que a través de un programa cognitivo conductual podemos ayudar al paciente depresivo a mejorar y superar esos estados y así contribuir a mitigar los efectos de éstos sobre el curso de la enfermedad. No podemos olvidar que el paciente depresivo debe afrontar una cantidad de síntomas, y que con este enfoque de aprendizaje debe dejar o alejarse de malas prácticas y pensamientos distorsionados para enfrentar los cuadros depresivos.

Los resultados nos señalan que podemos suponer que el programa cognitivo conductual nos permitió ayudar a estos pacientes en el aprendizaje acerca de la relevancia que tienen sus pensamientos y sus interpretaciones de las situaciones y el manejo de los síntomas cambiar todo un esquema mental sobre las creencias y forma más adecuada de enfrentar este diagnóstico

El paciente realizó cambios en sus valoraciones y estilos de afrontamiento Pasó de la utilización de valoraciones negativas y catastróficas de las situaciones a la utilización de valoraciones positivas y asertivas

Podemos inferir que el tratamiento ayudó a estos pacientes a tener mayor fuerza cognitiva y bienestar psicológico Los sujetos mejoraron su forma de evaluar los acontecimientos de la vida que podían afectar la manera de enfrentar un nuevo diagnóstico como es la diabetes y pasaron a evaluarlos con mayor optimismo y control

El mejoramiento de su bienestar psicológico, lo cual que se refiere al cambio, se refleja en las pruebas a través de los resultados

Las situaciones que ocasiona tener un diagnóstico de diabetes y, por algunas situaciones de la vida de cada uno, las escasas herramientas psicológicas (relajación, cambios de pensamientos) y la limitada confianza en sí mismos fueron sustituidas por pensamientos más aceptables, los cuales se demuestran al final del tratamiento

Inferimos que el paciente deprimido de esta investigación aprendió a través del tratamiento, estilos de vida y pensamientos y creencias nuevas para afrontar los síntomas depresivos

El paciente con síntomas depresivos aprendió que sí puede controlar y manejar sus síntomas con frases asertivas, decir no o rechazar aquellos pensamientos que pueden afectar su salud mental

Enseñar a los pacientes el cambio de pensamientos y creencias y sustituirlos por las nuevas creencias que mejoró no solo la vida del paciente, sino que, de manera indirecta o directa, estos mismos cambios mejoraron su percepción de la red de apoyo social, el ambiente familiar y el laboral

La variable utilizada en esta investigación, y que involucra al individuo como un caso todo (Beck, 1976), nos señala que los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo, estos esquemas en cada persona van de lo activo a lo inactivo y de lo modificable a lo inmodificable. Basados en este principio, este enfoque resultó efectivo para el manejo de los síntomas depresivos en diabéticos que formaron parte de esta investigación

CONCLUSIONES

Después de realizar el presente trabajo y conocer los resultados se deducen algunas conclusiones como respuestas a la tarea propuesta, las cuales se describen a continuación

- Se infiere que el tratamiento cognitivo conductual en grupo, aplicado en esta investigación fue efectivo para que los pacientes depresivos disminuyeran los síntomas al ser diagnosticados con diabetes mellitus y la frecuencia en el uso de valoraciones negativas, el, así como para que aprendieron a cambiar pensamientos y creencias distorsionados y al utilizar la reestructuración cognitiva para mejorar el manejo de los síntomas depresivos

Estos resultados demuestran la relevancia de los planteamientos cognitivos y conductuales de Beck (1979) y de otros teóricos que señalan cómo están relacionadas las valoraciones negativas y positivas (pensamientos, creencias sobre nosotros, el mundo y los otros) con esos esquemas aprendidos, lo cual en ocasiones pueden afectar al sujeto cuando enfrenta enfermedades crónicas como la diabetes mellitus

- En estas evaluaciones medimos un antes y un después y observamos que los sujetos tenían ideas erróneas de enfrentar los síntomas depresivos que contaban con un numero casi nulo de herramientas para mejorarlos

- El tratamiento cognitivo conductual brindado a los pacientes enfatizó que el individuo que logra reconocer sus pensamientos disfuncionales puede tener herramientas para modificarlos
- En el posttest se redujeron los síntomas depresivos. Se pudo vivenciar la mejoría en los ítems que en el pretest fueron señalados por los sujetos de manera negativa, lo que indicaba la afectación clínica de los mismos
- La modificación del pensamiento mediante el uso de las herramientas para el manejo de los síntomas depresivos ayudaron a estos pacientes a obtener una mejoría en el manejo de los síntomas comportamientos aceptables para manejar la diabetes y algunos problemas familiares del área laborales entre otros
- Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados inmediatamente después del término del tratamiento, o sea, a corta plazo, por lo tanto, la mejoría reflejada a través de los resultados en las pruebas de estos pacientes debe ser considerada como una mejoría en este espacio de tiempo
- El diseño de investigación tiene muchas limitaciones ya que el grado de control es mínimo. Por lo tanto, los resultados obtenidos no tienen el mismo rigor científico que el diseño experimental

RECOMENDACIONES

En virtud de las conclusiones expuestas, surgen una serie de recomendaciones como complemento y operatividad potencial, que se detallan a continuación

- Establecer un programa que implique el tratamiento psicológico que utilizamos en este estudio con pacientes diabéticos con síntomas depresivos que asisten a la consulta externa del hospital Regional Anita Moreno de Los Santos
- Este estudio puede servir de pilotaje para aplicarse como programa psicológico a pacientes depresivos con enfermedades crónicas a lo largo del país
- Dar seguimiento al grupo de pacientes que participaron en el estudio, para observar si los resultados se mantienen en el tiempo
- A futuros profesionales de salud, enfermería y estudiantes de psicología, hacer controles o seguimiento, para reforzar el aprendizaje alcanzado en esta investigación
- Realizar investigaciones futuras, con diseños experimentales, con selecciones al azar con grupos controles, donde se esperan que los resultados sean más seguros
- Sugerir a los regentes de la salud en Panamá (CSS, MINSA) que equipen las instituciones públicas con un personal capacitado para llevar a cabo estos programas de seguimiento

LISTA DE REFERENCIAS

LIBROS

- Acuna, S L (1994) *Guía para la enseñanza al paciente, familia y comunidad sobre aspectos generales de la diabetes mellitus* San José CCSS
- Åsberg, M (1978) *The comprehensive psychopathological rating scale (CPRS) development and applications of a psychiatric rating scale* Copenhagen Muksgaard
- Asociación Americana de Psiquiatría, López-Ibor, A J J , y Valdés, M M (2002) *DSM-IV-TR Breviano Criterios diagnósticos* Barcelona Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría, López-Ibor, A J J , y Valdés, M M (2002) *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* Barcelona Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría (1996) *Practice guidelines* Washington, DC The Association
- Baer, L , y Blais, M A (2010) *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health* New York Humana Press
- Beck, A T (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders* New York International Univ Press
- Beck, A T , Emery, G , y Greenberg, R L (1985) *Anxiety disorders and phobias a cognitive perspective* New York Basic Books

- Beck, A T , Steer, R A , Brown, G K , Sanz, F J , y Vázquez, V C (2011) *BDI-II Inventano de depresión de Beck-II Manual* Madrid Pearson Educación
- Beck, A T , Steer, R A , y Brown, G K (1996) *BDI-II, Beck depression inventory Manual* San Antonio, Tex Psychological Corp
- Beck, J S , y Beck, A T (2000) *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización* Barcelona, España Gedisa Editoral
- Caballo, V E (1993) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* Madrid Siglo XXI
- Caballo, V E (1998) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol 2* Madrid Siglo XXI
- Caballo, V E , & Simon, M A (2002) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente trastornos especificos* Madrid Ediciones Pirámide
- Cantwell, D P , y Carlson, G A (1987) *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia* Barcelona Martínez Roca
- Ceballos, A R (2010) *Ansiedad y depresion guia practica* Alcala la Real Formacion Alcala
- Cicchetti, D , y Aber, J L (1998) *Contextualism and developmental psychopathology* New York, NY Cambrdge University Press
- Duarte, N (1993) *A individualidad para-si contribución a una teoría histórico-social da formación del individuo* Campinas Editora Autores Asociados
- Falk, A (2000) *Sofrologia y relajacion nuevas terapias* Madrid Libro-Hobby-Club

- Fernández, B R , y Carrobes, J A I (1983) *Evaluación conductual metodología y aplicaciones* Madrid Piramide
- Frances, A , y Ross, R (2001) *DSM-IV-TR Case studies a clinical guide to differential diagnosis* Washington, DC American Psychiatric Pub
- Hamilton, M (1995) *Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión (HRSD)* Madrid Fundación Universidad-Empresa
- Hamilton, M (2005) *Escala de evaluación para la depresión de Hamilton (Conde) (HRSD)* S I Faes Farma
- Jacobson, E (1938) *Progressive relaxation* Chicago University of Chicago Press
- Jiménez, H A T , Marmolejo-Ramos, F , y e-libro, Corp (2005) *Sobre las implicaciones en el campo escolar del trabajo con textos narrativos reflexiones conceptuales y diseño de actividades significativas en el aula* Bogotá (Colombia Pontificia Universidad Javeriana
- Lopez-lbor, A J J , y Valdés, M M (2001) *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* Barcelona Massón
- National Diabetes Information Clearinghouse (U S), National Diabetes Data Group (U S), y National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (U S) (2002) *Diabetes in America, 2nd Edition* Bethesda, Md National Diabetes Information Clearinghouse
- Navarro, G J (2004) *Enfermedad y familia manual de intervención psicosocial* Barcelona Paidós

- Oblitas, G L A (2006) *Psicología de la salud y calidad de vida* México Thomson Learning
- Organización Mundial de la Salud de Ginebra (1994) CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico Madrid Meditor
- Parker, R S (2001) *Concussive brain trauma neurobehavioral impairment and maladaptation* Boca Raton CRC Press
- Pérez, M , Fernández, J , Fernández, C y Vázquez, I (2003) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* Madrid Piramide
- Piaget, J , y Henrquez, G (1978) *Recherches sur la generalisation* Paris Presses Universitaires de France
- Sank, L I , Shaffer, C S , & Boulandier, C (1993) *Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos* Bilbao Desclee de Brouwer
- Schlander, M (2007) *Health technology assessments by the National Institute for Health and Clinical Excellence A qualitative study* New York Springer
- Schultz, J H (1931) *Das autogene training (konzentrierte selbstenspannung)* Stuttgart Verlag Traducción al español en Ed Científico-Médica
- Seligman, M E P (1975) *Helplessness On depression, development, and death* San Francisco W H Freeman
- Seligman, M E P (1992) *Helplessness on depression, development, and death* New York W H Freeman
- Snoek, F J , y Skinner, T C (2007) *Psychology in diabetes care* Chichester John Wiley y Sons

Tébar, M F J , y Escobar, J F (2009) *La diabetes mellitus en la práctica clínica*
 Madrid, España Médica Panamericana

Thase, M E (January 01, 2009) *Psychotherapies for depression in adults A*
Review of Recent Developments 95-131

Williams, P , y Maun, M (2000) *Vamos al éxito* México Selector

World Health Organization (2010) *CIE 10 Trastornos mentales y del*
comportamiento descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico
 Madrid Meditor

LIBROS ELECTRÓNICOS

Ares, P A , y E-libro, Corp (1986) *Asertividad entrenamiento en habilidades*
sociales Madrid Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Ellis, A , Abrams, M , y Abrams, L D (2009) *Personality theories critical*
perspectives Los Angeles SAGE Publications

Fehr, S S (2014) *Introduction to Group Therapy A Practical Guide, Second*
Edition Hoboken Taylor and Francis

López J A , Sánchez M I , Sotelo E , Rodriguez M T
 (1994) *Terapia cognitivo conductual en la depresión un modelo de*
competencia En Colegio Oficial de Médicos de Palencia Actualización de
 los trastornos depresivos en atención primaria Palencia Lilly p 3-14

Padilla V , G , Arauz H , A , y Sánchez H , G (2002) *Guía para la enseñanza en*
diabetes mellitus primer nivel de atención en salud (Primera ed , p 76)

San José, Costa Rica Inclensa Recuperado de
<http://www.binasssa.cr/mellitus.pdf>

ARCHIVOS DE COMPUTADORA

Bellak, L (1993) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia / L Bellak,
 tr Por Gloria Padilla Sierra México El manual moderno

BOLETINES

Panamá, Dirección de estadística y Censo (2005) *Estadística panameña años
 2000-2015 y 2020* Panamá Dirección de Estadística y Censo

DOCUMENTO GUBERNAMENTALES

Dirección de Estadística y Censo (2015) *Estadística panameña situación
 demográfica, estimaciones y proyecciones de la población total en la
 Republica de Panamá, por provincia y comarca indígena, segun sexo y
 edad periodo 1990-2030 (Boletín N° 8)* Panamá, Panamá Recuperado
 de <https://www.contraloria.gob.pa/INEC/Archivos/P2371Boletin8.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental (2012) *Depresión y la diabetes Estados
 Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados*

Unidos Recuperado de

http://infocenter.nimh.nih.gov/nimh/product/Depresi-n-y-la-Diabetes/SP%2012-5003

JOURNALS

Albert, K G M M , y Zimmet, P Z (January 01, 1998) Definición, diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus y de sus complicaciones Parte 1 diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus Informe preliminar de un comité de consulta de la OMS *Revista De La Sociedad Argentina De diabetes*, 32,5, 211-32

Beltrán, M C , Freyre, M -A , y Hernández-Guzman, L (April 01, 2012) El inventario de depresión de Beck su validez en población adolescente *Terapia psicológica*, 30,1, 5-13

Diabetic medicine Journal of Diabetes UK (1996) Oxford [u a Wiley-Blackwell
Fosbury, J , Bosley, C , Ryle, A , Sonksen, P , y Judd, S (1997) A Trial of Cognitive analytic therapy in poorly controlled type I patients *Diabetes Care*, 20(6 959-964), 959-964 doi 10 2337/diacare 20 6 959

Hiroto, D S (January 01, 1974) Locus of control and learned helplessness *Journal of Experimental Psychology*, 102, 2, 187-193

Lustman, P , Williams, M , Sayuk, G , Nix, B , y Clouse, R (2007) Factors influencing glycemic control in type 2 diabetes during acute- and maintenance-phase treatment of major depressive disorder with

bupropion *Diabetes care*, 30(3 459-466), 459-466 doi doi 10 2337/dc06-1769

Mohanty, A , Kumar Pradhan, R y Kesan Jena, L (2015) Learned helplessness and socialization a reflective analysis *Psychology*, 6, 885-895
doi 10 4236/psych 2015 67087

Pineda N, Bermudez V, Cano C, Mengual E, Romero J, Medina M et al Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 AVFT [revista en la Internet]
2004 [citado 2015 ago 10], 23(1) 74-78 Disponible en
[http //www scielo org ve/scielo php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642004000100013&lng=es](http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642004000100013&lng=es)

Seligman, M E P , y Maier, S F (1967) Failure to escape traumatic shock
Journal of Experimental Psychology, 74, 1-9
[http //dx doi org/10 1037/h0024514](http://dx.doi.org/10.1037/h0024514)

REPORTES DE ORGANIZACIONES PRIVADAS

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud. (2012). *Pacientes atendidos en instalaciones del MINSA por enfermedad según región de salud en Panamá 2008- 2009*. Recuperado el 12 de junio de 2015 en <http://www.gorgas.gob.pa/SitioWebSIGCV/Datos.htm>.

Liga Colombiana para el Manejo de la Ansiedad y la Depresión: Psicología Clínica, social, forense y organizacional. (2011). *Conducta y depresión*. Recuperado el 3 de junio de 2015.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Guía para la atención integral de las personas con diabetes mellitus*. Panamá, Panamá: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: file:///C:/Users/Miguel/Downloads/Guia_Atencion_Integral_Personas_con_Diabetes_Mellitus.pdf.

Saxena, T., Taghi Yasamy, S., y Jasarevic, M. (2012, October 9). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Retrieved July 21, 2015.

TESIS

Beck, E. J. (1974). *Relationship between social impact and selected intellectual traits in preadolescent negro boys*.

- Beelen, L H (1981) *Depressive affect Experimental study of Beck's cognitive and Lewinsohn's behavioral theories* Ottawa National Library of Canada
- Buceta, J M , Polaino-Lorente, A , y Universidad Complutense de Madrid (1981) *Learned helplessness un acercamiento experimental al estudio de la depresion*
- Eceiza, A M T , y Goñi, G A (2006) *Habilidades sociales evaluación y entrenamiento un estudio en escuelas universitarias de magisterio* Bilbao Universidad del País Vasco, Servicio Editoral Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitaipen Zerbitzua
- Hiroto, D S (1971) *The relationship between learned helplessness and locus of control*

Anexo No 1 Reglas y compromiso para las sesiones de la psicoterapia

Compromiso de participación en el Programa Cognitivo Conductual para el Manejo de los Síntomas Depresivos

Por este medio los participantes y los responsables del Programa Cognitivo conductual para el Manejo de los Síntoma Depresivos se compromete a lo siguiente

El participante acepta las siguientes condiciones

- 1 Asistir a las 15 sesiones
- 2 ¡Llegar a tiempo! ¡se puntual!
- 3 Mantener una actitud positiva
- 4 Hacer los ejercicios y tareas que se le asignen si no practicas lo que se enseña en la sesión, entonces, quizás nunca sabrás si esos métodos te ayudarán a controlar tus pensamientos referentes a la depresión
- 5 Lo que se comparte en la sesión es confidencial Sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido acerca de la depresión con otras personas, si así lo deseas
- 6 Trata de ser lo más honesto posible y expresarte tal y como tu eres y cómo te sientes

Por otra parte el licenciado Héctor Camarena se compromete a

- 1 Guardar la confidencialidad de los participantes y de sus problemas tratados en la terapia
- 2 Mantener el respeto y consideraciones que merece cada participante
- 3 Utilizar los resultados unica y exclusivamente con fines investigativos
- 4 Revelar los resultados de la investigación de forma que la identidad de los participantes sea mantenida en reserva

- 5 Dar a conocer los resultados a los participantes si así ellos lo consideran prudente

Nombre del participante _____

Fecha _____

Anexo No 2 Resumen de opiniones emitidas por los pacientes en una dinámica de “lluvias de ideas” sobre los síntomas de la depresión

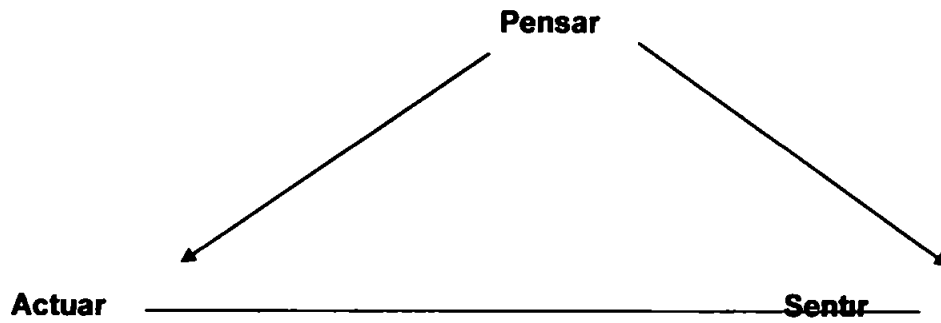
(Sesión No 1)

- 1 Un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días
- 2 Una condición clínica que dura al menos dos semanas
- 3 Causa un fuerte sufrimiento emocional
- 4 Hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios

Criterios diagnósticos según la DSM-IV-TR

A Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas

1	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días
2	Disminución del interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día y casi todos los días
3	Pérdida importante de peso sin hacer régimen de peso o disminución o aumento del apetito casi cada día
4	Insomnio o hipersomnia (dormir mucho) casi cada día
5	Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
6	Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7	Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día
8	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día
9	Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Anexo No 3 Cómo entendemos la depresión (sesión No 1)

El pensar o tener ciertos tipos de pensamientos nos hace propensos cuadros depresivos. Por "pensamientos" aquí les explicamos que nos referimos a "cosas que nos decimos a nosotros mismo, o que los demás nos dicen (Beck 2000 pg 17)"

Anexo No 4 Termómetro del ánimo (sesión No 1)

Tarea para la casa evaluación de los síntomas depresivos en la semana

Fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El mejor							
Bastante mejor							
mejor							
Mejor que regular							
regular							
Peor que regular							
Peor							
Bastante peor							
El peor							

Conocidos los síntomas depresivos discutidos en la sesión, ahora se

desea que cada paciente evalúe su estado de ánimo

- Señalando de 1(unos) a 9 (nueve), cómo evalúa los síntomas depresivos en la semana, siendo el peor indicado por el dígito 1 (uno) y 9 (nueve) el mejor día

Anexo No 5 Opiniones de los pensamientos destructivos y constructivos hechos por los pacientes (Sesión 2)

Pensamientos constructivos	Pensamientos destructivos
1 Creo que las cosas están mejorando y saldrán mejor mañana	1 Pensamiento de todo o nada
2 Recuerde cosas buenas (algunos mencionaron su primera cita de noviazgo, nacimiento de su primer hijo, etc)	2 Mirar un simple ejemplo de algo malo como si todo fuera a resultar mal
3 Todos cometemos errores y nos equivocamos	3 Culpándote a ti mismo/a
4 Soy importante	4 Etiquetándote a ti mismo
5 Siento que el problema no es tan grave como lo pinto estoy sintiéndolo	5 Haciendo las cosas más o menos grandes de lo que realmente son
6 Yo no lo es todo	6 Bolita de cristal
7 Creo que voy a mejor	7 Mi problema no tiene solución
8 Yo valgo mucho	8 Yo no sirvo para nada desde que tengo depresión
9 Mis hijos, mi pareja y mi familia sienten que soy importante para ellos	9 Para nadie soy importante
10 Quiero reanudar mi vida laboral y social	10- Las relaciones sociales no son tan importantes y mi trabajo lo puede hacer cualquiera y hasta mejor que yo
11 Desarrollar estrategias para afrontar la vida (resiliencia, serenidad, aguante)	11 La depresión me va a derrotar
12 Aprender a perdonar (el valor del perdón, que no es reconciliación, ni indulto, ni condonación, ni excusarse, ni negar el daño)	12 Mejor que nadie me hable ahora que estoy deprimido, y no pienso perdonar a alguien que me ha ignorado
13 Saborear las alegrías de la vida (disfrute, estar abiertos a la belleza y a la excelencia)	13 La vida no vale nada y menos cuando uno tiene esta enfermedad (depresión)
14 Comprometerse con metas y los propios objetivos	14 Para qué hacer planes futuros si creo que este es el fin mío
15 Ocuparte de tu cuerpo y de tu alma meditar, actividad física, actuar como una persona feliz	15 Ya no tengo porque arreglarme si a nadie le importo (parejas, amigos)

Estas opiniones fueron resumidas de acuerdo a los comentarios hechos por los pacientes en esta sesión

Anexo No 6 Tarea para la casa registro de tus pensamientos

Pensamientos Negativos	Pensamientos Positivos
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Indicaciones

- Lleva un registro de tus pensamientos.
- Llena la lista de pensamientos
- Al final del día saca la lista y pon una marca a cada pensamiento que tuviste
- Suma el numero total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos Observa la relación que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y tu estado de ánimo

Anexo No. 7: Pensamientos negativos

Haz una marca de cotejo (x) de los pensamientos positivos que tuviste cada día

Pensamientos Negativos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Estoy confundido(a)							
No existe amor en el mundo							
Estoy echando a perder mi vida							
Tengo miedo							
Terminaré solo							
Nadie considera importante la amistad							
No tengo paciencia							
Nada vale la pena							
No tiene sentido seguir con esto							
Soy una estúpido							
Cualquiera que piense que soy agradable es porque no me conoce de verdad							
La vida no tiene sentido							
Soy feo							
No puedo							

expresar mis sentimientos							
Nunca encontrare lo que realmente quiero							
No soy capaz de querer							
No valgo nada							
Ya no tengo esperanzas							
No sirvo para nada							
No voy a poder resolver mis problemas							
Todo lo que hago me sale mal							
Nunca podré cambiar							
Todo se me daña							
No me entusiasma nada							
Quisiera no haber nacido							

Continuación

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Vierne	Sábado.	domingo
No voy a poder dormir							
Soy menos que otras personas							
Todo es mi culpa							
¿Por qué me pasan tantas cosas malas?							
Nada me							

divierte							
La vida no vale la pena							
Nunca saldré de esta depresión							
No tengo suficiente fuerza de voluntad							
Quisiera estar muerto							
Me pregunto si la gente habla de mí							
Las cosas se van a poner cada vez peor							
Tengo mal carácter							
La vida es injusta							
No me atrevo imaginarme lo que será mi vida dentro de 10 años							
Algo está mal en mí							
Soy muy egoísta							
No soy tan bueno como otros							
Me siento hondo fácilmente							
Nadie en mi familia me entiende							

Siempre estoy aburrido							
Soy malcnado							
Total de Pensamiento s Negativos							

Lista de pensamientos positivos

Haz una marca de cotejo (x) a los pensamientos positivos que tuviste cada día

Pensamientos Positivos	Lun	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes.	Sábado	Domingo
Lo puedo hacer mejor							
El día amaneció muy bonito							
Aprenderé a ser feliz							
La vida es interesante							
Merezco que valoren mi opinión							
A pesar de que las cosas están mal ahora, mejorarán							
Lo hice bien							
Realmente me siento muy bien							
Esto es divertido/chevere							
Escogí la mejor solución para un problema difícil							
Soy una buena							

persona							
Tengo muchas esperanzas en mi futuro							
Tengo buen control de mí mismo							
Tengo derecho a ser feliz							
Esto es interesante							
Realmente manejé bien esta situación							
Me gusta leer							
Las personas se llevan bien conmigo							
He trabajado mucho, ahora necesito descansar							
Soy considerado con otras personas							
Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer							
Me gusta la gente							
Siempre encuentro la fortaleza para solucionar cualquier problema difícil							

Continuación

Pensamientos Positivos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Podría manejar los problemas tan bien como otras							

personas							
Mis experiencias me han preparado bien para el futuro							
Tengo mucha suerte							
Soy muy responsable							
Me interesan las otras personas							
Soy inteligente							
Soy atractivo							
No quisiera perderme la actividad o el evento							
Soy importante para mi familia							
TOTAL DE PENSAMIENTOS POSITIVOS							

Anexo No. 8: Práctica en la terapia: internalizados pensamientos que nos hacen sentir bien (sesión No. 3)

Pensamientos placenteros	Felícitate mentalmente	Detén todo lo que estás haciendo	Proyección al futuro
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Observaciones

Esta práctica en la terapia permite que el paciente pueda primero, sentir la sensación de que pueda producir pensamientos positivos o placenteros y luego felicitarse mentalmente. Tiene finalidad de internalizar esos pensamientos, ya que tenerlos permite evaluarlos, y, por último, su proyección al futuro da esperanzas y esmero para tener una nueva visión.

Anexo No.9: Identificando nuestro pensamiento (A-B-C-D) (sesión No.3).

A EVENTO ACTIVADOR: ¿Qué sucedió?	C Consecuencia. ¿Cómo reaccionaste?
B Belief: Creencia de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción	D Discutir o debatir la creencia. Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable

Observaciones

- Después de una explicación exhaustiva, se le hace entrega al paciente para que pueda realizar esta tarea en casa

Anexo No. 10: Contacto con los demás y transparencia de opiniones emitidas por los pacientes sobre el contacto con los demás personas (sesión No.4)

¿Por qué es importante el contacto con las demás personas?

¿PORQUE ES IMPORTANTE EL CONTACTO CON OTRAS PERSONAS?

- Proporciona experiencias satisfactorias y recompensantes
- Apoya tus valores en la vida
- Proporciona compañía y un sentido de estabilidad
- Da informacion acerca de ti y que sea importante para ti

Observaciones:

Este resumen se hizo de acuerdo a las opiniones emitidas por los pacientes durante la sesión

Ejercicio A

Evaluando mis relaciones

- 1 ¿Tu deseas las mismas cosas que la otra persona en tu relacion con ella?
- 2 ¿Son sus intereses similares?
- 3 ¿Son capaces de decirse el uno al otro lo que piensan y sienten libremente?

Observaciones:

En la sesión, para profundizar en el ejercicio sobre la importancia de las relaciones con los demás, se realiza una retroalimentación de la importancia de cultivar el contacto con las demás personas diciéndoles que las relaciones nunca se acabarán de cultivar Nada de lo que es vivo se queda estático, siempre cambia

Dinámica

Cómo algunas maneras de pensar y decir las cosas o pueden afectar el estado de ánimo de cada uno

- ❖ Se pedirá que, con excepción de uno de los participantes, todos los miembros del grupo salgan del salón. Se le comunicará al que permaneció en el salón un secreto.
- ❖ Luego se pedirá que uno de los que estaba fuera del salón pase al interior de este. El paciente al que ya se le comunicó el secreto deberá comunicárselo al/a la que acaba de entrar, de la forma más fiel y precisa posible.
- ❖ Luego al paciente que acaba de entrar se le dará la misma encomienda y así sucesivamente.
- ❖ Al final se le pedirá al último paciente que entró al salón que diga en voz alta el secreto.
- ❖ Su versión se comparará con la versión original.
- ❖ Repetir lo que otro dijo para cerciorarte de que lo entendiste bien.
- ❖ Repetir lo que otros dijeron con tus propias palabras.

Observaciones

Con esta dinámica implementada durante la terapia, se pretendió que ellos, observaran y evaluaran cómo un mensaje o manera de decirlo puede afectar nuestro estado de ánimo.

Anexo No. 11: Identificar pensamientos y la emoción experimentada

Pensamientos	Sentimientos
1	1
2.	2
3	3
4	4
5	5

Observaciones:

En este formato cada participante pone un pensamiento automático que surge ante una situación relacionada con la diabetes mellitus y el sentimiento que experimenta puede ser (tristeza, ira, enojo o rabia) El objetivo de este ejercicio es que los participantes puedan ir identificando esos pensamientos que luego producen sentimientos desagradables que no contribuyen al mantenimiento de la salud emocional y física.

Anexo No. 12: Formulario para identificar pensamientos automáticos y respuestas emocionales (sesión No. 5)

Preguntas

Posibles respuestas emocionales

6. ¿En qué se supone que estaba pensando	
7. ¿Cree usted que estaba pensando en _____	
8. ¿Estaba usted imaginado algo que podría suceder o recordando algo que ocurrió?	
4. ¿Qué significa esta situación para usted?	
5. ¿Estaba usted pensando en?	

Observaciones

- Al finalizar la sesión se le entregará a cada paciente un formulario de preguntas para indagar pensamientos automáticos, que debe responder cuando tenga situaciones en casa, y las posibles respuestas emocionales experimentadas

Anexo No. 13 identificación pensamientos negativos y explicar las razones por las que son negativos.

Se le entregó una hoja a cada participante para que respondan un cuestionario con tres situaciones en las cuales debe identificar los pensamientos negativos automáticos y explicar las razones por las que son negativos

Tres pensamientos negativos automáticos	Razones por las que son negativos
1	
2	
3	

Anexo No. 14: Técnica de relajación de Edmund Jacobson (sesión 6)

Indicaciones: Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos

- 1 **Manos** Apretar los puños, se tensan y destensan Los dedos se extienden y se relajan después
- 2 **Bíceps y tríceps** Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos, para ello agitamos las manos antes y después de relajamos las dejamos reposar en los apoyabrazos Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan
- 3 **Hombros** Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos
- 4 **Cuello (lateral)** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajarla Hacer lo mismo a la izquierda
- 5 **Cuello (hacia adelante)** Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado)
- 6 **Boca (extender y retraer)** Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajarla dejarla reposar en la parte de abajo de la boca Llevar la lengua hasta tan atrás de la garganta como pueda y relajarla
- 7 **Lengua (paladar y base)** Apretar la lengua contra el paladar y después relajarla Apretarla contra la base de la boca y relajarla
- 8 **Ojos** Abrirlos tanto como sea posible y relajar Estar seguros de que quedan completamente relajados los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión
- 9 **Respiración** Inspira tan profundamente como sea posible, y entonces toma un poquito más, espira y respira normalmente durante 15 segundos Después espira echando todo el aire que sea posible, entonces espira un poco más, respira normalmente durante 15 segundos

Continuación

· **Espalda** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada, relajarla Ser cuidadoso con esto

- 10 **Glúteos** Tensa y eleva la pelvis fuera de la silla, relajarla Aprieta las nalgas contra la silla, relajarlas
- 11 **Muslos** Extender las piernas y elevarlas 10 cm No tenses el estómago, relajarla Apretar los pies en el suelo, relajar
- 12 **Estómago** Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible, relajar completamente Tirar del estómago hacia afuera, relajarla
- 13 **Pies** Apretar los dedos (sin elevar las piernas), relajarlos Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible, relajarlos
- 14 **Dedos** Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo, relajarlos Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible, relajar

Aquí se les hace retroalimentación de las técnicas de relajación y visualización y se les entrega un formulario para que hagan un registro de cómo se sintieron al momento de estar en la terapia

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Muy Tenso(a) relajado				Un poco relajado(a)					Muy	
Fecha			¿Por cuánto tiempo se relajó?		Nivel, de, síntomas ansiogeno al inicio			¿Nivel de síntomas ansio genó al final?			

Anexo No.16 lista de cinco actividades potencialmente agradables (sesión No.8)

Listas de actividades agradables

Nota, deseamos evaluar todas esas actividades que le eran agradables antes del diagnostico de diabetes y que por los síntomas depresivos no las realizan

Anexo No.17 Formulario de Registro de actividades de dominio

(sesión No.9)

Listas de actividades

Nota;

Se pretende retomar aquellas actividades que les apasionaban antes del diagnóstico de diabetes y/o la aparición de los síntomas depresivos

Anexo No. 18 Lista de actividades que las demás personas realizan (sesión 9)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Vestirme con ropa que me gusta							
Escuchar la radio							
Observar a la gente							
Mirar las nubes							
Comer buenas comidas							
Estar fuera de la casa (la playa, el campo)							
Cuidar plantas							
Tratar que las personas muestren interés en las cosas							
Qué digo							
Ver qué cosas buenas ocurren a familiares o amigos amistades							
Halagar/dar un cumplido a alguien							
Hablar de deportes/eventos actuales							
Ver paisajes bonitos							
Salir a caminar							
Hacer una nueva amistad							
Ir al cine o al teatro							
Ir al museo							
Jugar a las cartas o al ajedrez							
Mirar una puesta de sol							
Hacer artesanías							
Aprender algo nuevo							
Coleccionar cosas							
Que me pidan consejos							

Se pretende que los participante copien algunas de estas conductas o que acepten sugerencias para ponerlas en práctica

Anexo No. 19A: Hoja para anotar las frases pasivas, agresivas y asertivas

Pasivas	Agresivas	Asertivas

Anexo No. 19B: Práctica técnica del disco rayado)

Pensamientos surgen de mi	que	Frases que la gente dice y que muchas veces me afectan	Frases	para
			contrarrestar	los
			pensamientos y frases	

INFORMES CLÍNICOS:

CASO NO. 1

Datos General

Nombre	Tomasa
Sexo	Femenino
Estado civilidad	casada
Edad	31 años
Raza	Latina
Nivel educativo	Universitaria
Religión	católica
Ocupación	educadora
Dirección	Chitré
Ingreso	500 00 dólares
Nivel de vida	Medio
Tiempo de enfermedad	2 años

Histona Actual

“No creo que pueda seguir” siento que no sirvo para nada, creo que mi familia no me quiere y que me van abandonar con esta enfermedad de diabetes Mellitus, todos mueren solos es así la realidad de todos los que padecen de esta enfermedad”

Historia anterior

Desde hace aproximadamente cuatro a cinco años, a raíz de sentirme mareada y presentando náuseas y otros síntomas visité a medicina general quien después de una serie de laboratoristas fui diagnosticada con diabetes desde entonces he sido tratada, pero sin ayuda psicológicas

Se ha atendido en varias ocasiones con medicina interna para el control de la diabetes, y ha recibido orientaciones por parte de enfermería, pero no ha concretado una consulta con psicología

Historia Personal

Es la tercera de cuatro hermanos, dos hermanas menores que ella, y un hermano mayor, su relación con sus hermanos no ha sido muy buena, gran parte del tiempo han discutido sobre cualquier motivo "Mi padre siempre me tienen un amor muy especial, el mismo se ha acrecentado después de que el médico me diagnosticó con diabetes mellitus Siempre he sentido que mi madre se preocupa demasiado por mi situación y en ocasiones siento que desea que mis hermanos me apoyen más Con mi pareja he tenido problemas a raíz de que a veces me pongo triste y no deseo hacer los quehaceres del hogar y muchas esta tristeza no permite trabajar, además a veces creo que esta enfermedad es insostenible el tomar a diario medicamento

Historia Familiar:

Mis padres en ocasiones cuando me visitan pelan por cosas tontas, desconozco si dentro de nuestras familias haya alguien que padezca de alguna enfermedad mental

Estado Mental

Aspecto general	adecuado
Actividad Motora	normal
Expresión del Rostro	triste
Mimica	Normal
Expresiones Afectivas	actividad ligera
Ansiedad	Buena
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Normal
Alucinaciones	Normal
Ideas Delirantes	Normal
Obsesiones y fobias	Normal
Sentimientos despersonalización	Buena

Atención voluntaria	Buena
Atención	Buena

▪ ***Impresión Diagnostica***

Eje I	F32 0 Episodio depresivo leve
Eje II	Ninguna
Eje III	Diabetes Mellitus
Eje IV	Z62 1 sobreprotección del padre
Eje V	70 puntos al inicio

▪ **Pruebas aplicadas**

- Escala de Depresion de Beck
 - Inicio 18
 - Final 7

CASO NO. 2***Queja principal:***

“No sé qué me pasa desde que me diagnosticaron con diabetes mellitus mi vida ha cambiado me he vuelto solitario, no me gusta salir de casa, y ya no salgo con mis amigos y he dejado de participar en actividades con fútbol que antes no perdía todos los domingos fieles asistía a todos los convivios, ya casi no tengo amigos por cuando ellos me buscan siempre me disculpo, o digo que estoy ocupado, la realidad es que no quiero salir”

Información general

Nombre	JJ
Sexo	Masculino
Estado civil	casado
Edad	43 años
Nacionalidad	panameño
Nivel educativo	Primaria completa
Religión	Evangélica
Ocupación	Soldador
Dirección	Los Santos
Ingreso	300 semanal
Nivel de vida	medio

1 año

Historia Actual.

“No sé qué me pasa desde que me diagnosticaron con diabetes mellitus mi vida ha cambiado me he vuelto solitario, no me gusta salir de casa, y ya no salgo con mis amigos y he dejado de participar en actividades con fútbol que antes no perdía todos los domingos, antes asistía a todos los convivios, ya casi no tengo amigos por cuando ellos me buscan siempre me disculpo, o digo que estoy ocupado, la realidad es que no quiero salir, *siento* que mi malestar es todo a causa de mi diabetes, esta enfermedad me ha traído muchos problemas ya tengo problemas con mi esposa, ya que nuestras relaciones sexuales han disminuido desde que dio la diabetes, discutimos, tenemos problemas de comunicación ”

Historia de Enfermedades Anteriores

Paciente refiere que ha sufrido de hipertensión desde muy joven, solo se ha atendido con medicina interna por su diabetes y el control arterial en ocasiones, asistí a reuniones con psicología, pero dejé de asistir”

Historia familiar Y Personal

Es hijo mayor de tres hermanos,” refiere que se lleva muy bien con sus hermanos la relación con su padre siempre ha sido conflictiva ya que lo consideran que él es un hombre muy impaciente, y que se cree perfecto, la relación con su madre es buena, tiene madre diabética”

Estado mental

Aspecto general	Adecuado
Actividad Motora	lenta
Expresión del Rostro,	triste
Mímica	Normal
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	Moderada
Orientación espacial	Buena
Orientacion temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Miedos a las relaciones
sociales	
Sentimientos despersonalización	No
Atención voluntaria	regular
Atención espontánea	Buena

Impresión Diagnóstica

Eje I	F32 0 Episodio depresivo leve
Eje II	Ninguna
Eje III	Diabetes Mellitus, hipertensión
Eje IV	Z62 Problemas parentales
Eje V	68 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 17
 - Final 6

CASO NO.3

Queja principal:

“ No sé qué me pasa a veces me irrito con facilidad, cojo mucha rabia con mi pareja y mis hijos ya que ellos no quieren hacerme caso cuando hablo, me dicen que estoy loca y que me va meter a un manicomio me ven que estoy insoportable, cada día, cuando estoy sola me siento triste porque siento que mi enfermedad nadie la entiende y que yo no pedí que me pasara esto , mi familia cree conocerme pero no es así ya , que soy muy sensible en el fondo y a veces en ocasiones quisiera no estar enferma y algunas veces he renegado de Dios”

Datos Generales

Nombre	M Delon
Sexo	Femenino
Estado Civil	Unida
Edad	37 años
Raza	Negra
Nivel educativo	Cuarto año de secundaria
Religión	Evangélica
Ocupacion	Costurera, Sastre independiente
Dirección	Los santos
Ingresos	600-700 balboa mensuales
Tiempo de enfermedad	2 años

Antecedentes de los síntomas actuales.

Luego de convivir aproximadamente 6 meses de matrimonio su marido empezó a serle infiel, al principio era muy disimulado y se cuidaba, sin embargo, al pasar de los meses se volvió descarado, llegaba muy tarde a casa, siempre en trago, con las camisas muchachadas de colorete, ella comenzó a tener infecciones vaginales

Desde esos momentos las cosas fueron cambiando sus actividades sexuales cambiaron a ser más esporádicas, y en ocasiones evadía las relaciones ya que están se tornaron dolorosas, su marido empezó a culparla de que no lo quería y que no lo desea sexualmente y siempre le a que decía que él tenía que buscar

en la calle lo que en la casa no tenía (sexo) Sus hijos en varias ocasiones tuvieron que intervenir para que su esposo no la golpeará

Actualmente siguen unido ya que él no ha querido abandonar el hogar, pero ella refiere que su relación solo es de acompañamiento ya que no tienen una relación de pareja propiamente dicha

Historia de enfermedades anteriores

Niega atención psicológicas y psiquiatra por problemas emocionales, u pareja, solo en una ocasión se atendió con un médico general por las infecciones vaginales, considera ella que su estado de ánimo ha bajado en los últimos meses ya que desde que fue diagnosticada con diabetes Mellitus su vida ha cambiado

Historia Personal

La paciente es la tercera de siete hermanos, su niñez fue muy feliz su padre era hombre muy bueno con ella, ya que influyó buenos ideales morales, y su relación con su madre era también buena ya que su madre la consideraba una mujer inteligente y segura de sí misma

La situación en el hogar económicamente solvente, nunca le ha faltado nada, sus padres algunas veces discutían, su madre se violentaba y su padre se iba unos días de la casa

Conoció a su esposo en una actividad bailable estuvo de novio tres meses durante ese tiempo su relación fue hermosa Se casó por iniciativa de ella, al

año decidió tener su primer hijo ya que se encontraba sola, su esposo no quería tener hijos todavía a los tres años decidió tener su segundo hijo cuando los problemas matrimoniales iban en aumento con la esperanza que el dejara de serle infiel, lo cual no ha sucedido hasta el momento

Historia familiar:

Niega familiares con padecimientos de enfermedades mentales

Estado mental

Aspecto General	Bien Arreglada
Actividad Motora	Normal
Expresión del Rostro,	Normal
Mimica	Normal
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	Moderada
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	no
Sentimientos despersonalización	No
Atención voluntaria	regular
Atención espontánea	Buena

Impresión Diagnostica

Eje I	F32 0 Episodio depresivo leve
	F63 8 Trastorno explosivo intermitente
Eje II	Ninguna
Eje III	Diabetes Mellitus,
Eje IV	Z63 0 problemas conyugales
Eje V	67 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 20
 - Final 4

CASO NO.4**Datos General.**

Nombre	R Martinez
Sexo	Masculino
Estado Civil	Unido
Edad	43 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	Segundo año de universidad
Religión	católico
Ocupación	Ventas de mercancía
Dirección	Chitré
Ingresos	400 dólares mensuales
Tiempo de la enfermedad	1 año

Historia Actual

“En ocasiones me siento triste, ya que pienso en que si me muero mi familia va a pasar mucho trabajo, ya que yo era el unico que trabaja para alimentar y los gastos del hogar yo era el responsable del mismo Al ser diagnosticado con diabetes mellitus mi vida ha cambiado en las mañanas no me parece levantarme a trabajar tengo ganas de seguir durmiendo, mis amigos que antes yo visitaba ya no lo hago, ni siquiera disfruto de mi relación con mi esposa ya que he tenido

algunas dificultades para tener sexo con mi esposa, ya en mi trabajo me han llamado la atención porque me han notado distraído al momento de atender los clientes, les he dicho que me siento muy estresado”

“Hace días me enterarme de este estudio deseo participar con el objetivo que me ayude a manejar estos síntomas que creo que se llama depresión ”

Historia de enfermedades anteriores

El paciente fue operado hace aproximadamente cuatro años de una apendicetomía, el cual se recuperó, tiene antecedentes de hipertensión arterial, es alérgico al marisco

Historia Personal:

Es el hijo mayor de tres hermanos, buena relación con sus hermanos, la relación con su padre ha sido un poco conflictiva ya que su padre nunca le ha perdonado que se haya casado y no termino sus estudios, su madre una mujer que la describe el paciente con una persona dominante siempre ha tenido buena relación con él En el hogar siempre se ha mantenido un clima familiar amigable, y nunca han tenido problemas económicos

Paciente de 43 años de edad casado con dos hijos uno de cinco años (varón) y una chica de ocho años Actualmente se le observa con estado de ánimo decaído al momento de realizar la evaluación inicial Nunca ha recibido atención psicológica por esto síntomas solo se ha tratado los problemas de la Diabetes Mellitus con medicina interna

Historia familiar

Paciente con una tía por línea materna diagnosticada con trastorno de depresivos consolados con medicamento, y recurrente hospitalizaciones. Niega otras patologías de carácter mental por línea paterna y desconoce si otros familiares padecen de cuadros depresivos u otras patologías.

Estado Mental

Aspecto General	Bien Arreglado
Actividad Motora	Normal
Expresión del Rostro,	Normal
Mímica	Normal
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	Moderada
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	No

Sentimientos despersonalización	No
Atención voluntaria	Regular
Atención espontánea	Buena

Impresión Diagnostica

Eje I F32 0 Episodio depresivo leve

N 48 Trastorno en la erección

Eje II Ninguna

Eje III Diabetes Mellitus, Hipertensión

Eje IV Z63 0 problemas de relación entre los esposos

Z73 3 estrés no clasificado

Z73 Habilidades sociales inadecuadas

Eje V 69 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 19
 - Final 5

CASO NO.5

Datos generales De La Paciente:

Nombre	M Cortez
Sexo	Femenino
Estado Civil	Soltera
Edad	33 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	Licenciatura en Educación
Religión	Católica
Ocupación	Maestra
Dirección	Chitré
Ingresos	560 00 balboas quincenal
Tiempo de enfermedad	9 meses

Historia Actual.

“Me siento nerviosa y un poco triste ya que no sé qué me pasa si antes yo no era así, ultimamente todo me da ganas de llorar, si veo una noticia en el televisor lloro, si mi familiares me cuenta algún cuento que le ha pasado a alguien lloro con facilidad, también creo que después de ser diagnosticada con diabetes mellitus mi estado de ánimo ha cambiado no he recibido ayuda psicología por algún profesional”

“Siento que toda mi vida no he sido la persona que yo deseo ser, desde niña mi madre me ha controlado mucho, siempre me mantenido distante de los amigos a que nunca me permitió tener amigos, ni mucho menos salir a fiesta, bueno ni a tener novio”

“Creo que eso tiene su repercusión a esta edad cuando ahora me siento sola sin amigos sin pareja, y con diagnóstico de diabetes mellitus que cada día me hace aislarme más de los que me rodean. Tengo temores de relacionarme con los demás, me cuesta iniciar una conversación porque siento que me pueden ridiculizar. Hace días mis síntomas que pienso que puede ser una depresión han ido en aumento, por eso deseo recibir ayuda en este programa que se nos está ofertando de manera gratuita ”

Historia Anterior

Paciente niega otras patologías mentales y hospitalizaciones, diagnosticada de diabetes mellitus hace aproximadamente tres años y controlada con medicina interna, medicada con glibencamina una tableta diaria y metformina dos tableas al día

Historia personal

Paciente hija única de un matrimonio de más de 40 años de convivir junto, la relación con su padre es buena, ya que su padre siempre la ha apoyado en las decisiones que ella ha tomado le ha enseñado buenos ejemplos y ha influido en el respecto que ella practica con sus estudiantes, la relación con su madre

siempre ha sido conflictiva ya que su madre es una mujer muy posesiva y controladora, y no permite que ella tome decisiones sin que antes se lo consulte y las pocas veces que lo ha hecho han tenido fuertes discusiones, su madre siempre la ha sobreprotegido por ser hija única

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	lenta
Expresión del Rostro,	triste
Mimica	Normal
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	Moderada
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	No
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria	Regular
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnóstica

Eje I F32 0 Episodio depresivo leve

 F41 9 Trastorno de ansiedad sin especificar

Eje II Ninguna

Eje III Diabetes Mellitus

Eje IV Z62 0 sobreprotección parental

 Z73 5 conflicto en el papel social no clasificado

 Z73 Habilidades sociales inadecuadas

Eje V 64 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 16
 - Final 3

CASO NO 6.

Datos generales De La Paciente:

Nombre	T Villareal
Fecha de Nac	25/ 4/ 1968
Sexo	Femenino
Estado Civil	casada
Edad	44 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	secundaria completa
Religión	Católica
Ocupación	administradora del hogar
Dirección	Chitré
Ingresos	500 dólares
Tiempo con la enfermedad	6 meses

Queja principal

Paciente diagnosticada con diabetes mellitus hace seis meses de evolución, trata por medicina interna, "hace días o semanas que mi estado de ánimo se ha desmejorado, me siento triste siento que nadie me quiere, a veces quisiera que todo fuera diferente, y siento que mi familia me apoya por lastima, por eso cuando escuche sobre la oportunidad participar del programa de manejo de los

...
síntomas depresivos comprendí y decidí participar, ya que nunca he recibido un tratamiento psicológico”

Historia de enfermedades

Paciente niega hospitalizaciones, enfermedades mentales u operaciones, anteriores, paciente que trata su diabetes Mellitus con glibencamida, metformina dos veces al día

Historia Personal y familiar

Paciente es la segunda hija de un matrimonio compuesto por tres hijos, siendo ella la segunda. Las relaciones con su madre la describe como buenas, con su padre ha tenido una relación conflictiva ya que él siempre ha querido controlar las decisiones que ella ha tomado en su vida

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	lenta
Expresión del Rostro,	triste
Mímica	ligera
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	Moderada
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena

Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	No
Sentimientos despersonalización	No
Atención voluntaria	Regular
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnóstica

Eje I F32 0 Episodio depresivo leve

Eje II Ninguna

Eje III Diabetes Mellitus

Eje IV Z73 5 conflicto con el padre

Eje V 65 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 16
 - Final 4

CASO NO 7

Datos Generales

Nombre	M Rosas
Fecha de Nac	10/ 4/ 1969
Sexo	Masculino
Estado Civil	soltero
Edad	45 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	Secundana completa
Religión	Católico
Ocupación	Técnico de enfermería
Dirección	Chitré
Ingresos	700 00
Tiempo con diabetes	11 meses

Queja principal

Paciente acude a la consulta, "refiere que me siento triste, con ganas de darme por rendid ya que esta vida no es fácil padecer de diabetes Mellitus ya que los cuidados que tengo como que debo comer, y hacer mas ejercicio y tener que recibir algunas etiquetas que nos ponen la gente es difícil sobrellevar, por eso deseo participar de este estudio que aun que recibido apoyo psicológico no esta demás recibir una ayuda extra

Historia De las enfermedades Anteriores

“He recibido ayuda psiquiátrica ya que en un inicio me fue difícil aceptar mis diagnóstico que a pesar de que soy trabajador de la salud no me ha sido fácil, me han hospitalizado en dos ocasiones ya que se me ha descompensado la diabetes

Historia Personal

Paciente es el tercer hijo de un matrimonio compuesto de cinco miembros, las relaciones parentales son muy buenas sanas ya que ambos padres siempre le han brindado seguridad y los cuidados necesarios para él y sus dos hermanas menores que él, buenas relaciones con sus hermanas, niega hospitalizaciones por trastornos depresivos, operaciones anteriores, actualmente toma glibencamida, metformina, para control de su diabetes

Historia familiar

Tiene madre que hace aproximadamente cinco años fue diagnosticada con diabetes mellitus, y padre cardiópata de más de siete años, tía por línea materna que siempre ha padecido de depresión y atendida por los servicios de psiquiatría

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	lenta

Expresión del Rostro,	triste
Mimica	ligera
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	Moderada
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos despersonalización	No
Atención voluntaria	Si
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I F32 0 Episodio depresivo leve

Eje II Ninguna

Eje III Diabetes Mellitus

Eje IV sin

Eje V 66 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 19
 - Final 6

CASO NO. 8**Datos Generales**

Nombre	Isabel J
Fecha de Nac	11/7 1973
Sexo	Femenino
Estado Civil	casada
Edad	39 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	secundaria completa
Religión	Católico
Ocupación	Técnico de enfermería
Dirección	Chitré
Ingresos	700 00

Queja principal

“ Hoy me siento más triste que de costumbre , siento que esta enfermedad va acabar conmigo, siento que los sintomas de tristeza y de abatimiento van en aumento, ya que hay días que no me parece levantarme de la cama ni de atender a mis dos hijos y mi pareja, ya tengo problemas con mi pareja ya que lo he descuidado hasta en la parte sexual, ya que no tengo ánimos ni ganas de

tener relaciones, con mis hijos me he vuelto más dura al llamarle la atención , les grito con facilidad y pierdo la calma”

Historia De La Enfermedad Anterior

En al menos en tres ocasiones ha sido atendida por psicología abandonado las atenciones sin encontrar solución a las situaciones que le preocupan

Historia Personal.

Es hija unica de un matrimonio de más de 20 años, su relación con sus padres es buena, aunque ella siente que la sobreprotegen y que siempre ellos han tomado decisiones por ella,

La paciente tiene cinco años de estar casada con un señor mayor que ella de este matrimonio hay tres niños siendo el menor de 5 años de edad, la relación con su esposo se está tornado insostenible ya que él la critica y desvalora los aportes que ella hace para el hogar

Historia familiar

Paciente que tiene padre que padece de diabetes mellitus diagnosticada hace cinco años y controlada, madre que padece hipertensión, depresión controlada por psiquiatría, tiene una tía que padece enfermedad mental el cual ella en estos momentos desconoce el nombre

Estado Mental

Aspecto General

adecuado

Actividad Motora	lenta
Expresión del Rostro,	triste
Mimica	ligera
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	Moderada
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos despersonalización	No
Atención voluntaria	Si
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I	F32 0 Episodio depresivo leve
	F63 8 trastorno explosivo intermitente
Eje II	Ninguna
Eje III	Diabetes Mellitus
Eje IV	Z63 0 Problemas conyugales
	Z62 1 Sobreprotección parental
Eje V	68 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 20
 - Final 5

CASO NO 9**Datos Generales**

Nombre	A Villareal
Fecha de Nac	3/ 03/ 1967
Sexo	Femenino
Estado Civil	casada
Edad	45 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	Universitaria
Religión	Católica
Ocupación	Educadora
Dirección	Chitré
Ingresos	900 00

Historia Actual

“ me siento triste la gran parte del tiempo, mas cuando estoy sola siento que no le importo a nadie a veces trato de quedarme mas tiempo con mis estudiantes para mantenerme ocupada pero me resulta difícil muchas veces mantener las cosas o los pendientes de mis estudiantes al día ya que en ocasiones tengo dificultades para concentrarme , y ya esto me esta causando problemas con la programación escolar, en ocasiones me siento estresada por no cumplir con todas mis responsabilidades, con pareja siento que me va bien por que el me apoya ya mis hijos están en la universidad y casi no pasan en

casa Al enterarme de la oportunidad de recibir ayuda por el servicio de psicología decidí participar para ver si puedo superar todas estas molestias que causan daño en mí y que pienso que todas tienen sus orígenes ante el diagnóstico hecho en mí como paciente con diabetes mellitus hace aproximadamente dos años, y desde ese momento mi vida ha cambiado”

Historia anterior

Paciente diagnosticada hace aproximadamente dos años atendida por endocrinología y medicina interna, controlada su diabetes con glicazide Metformina dos veces al día, además Enalapril de 20 mgr Cada día paciente además con historia de hipertensión, ha estado hospitalizada hacen tres meses ya que su presión arterial no se le equilibraba Refiere además que se ha atendido con psicología anteriormente abandonado ella misma la atención brindada

Historia Personal

Es la tercera de cuatro hermanos, la relación con sus hermanos es buena, igual que la que con su padre ya que su madre falleció hacen un año atrás

Historia Familiar

Su madre muere problemas cardíacos, padre padece de depresión y tiene tía por línea materna con diagnóstico de esquizofrenia controlada de hacen muchos

años recuerda que las relaciones con sus padre siempre fue buena ya que ambos influyeron e ella, principios morales, y de respeto hacia los demás

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	lenta
Expresión del Rostro,	triste
Mímica	ligera
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	Moderada
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos despersonalización	No
Atención voluntaria	Si
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I F32 0 Episodio depresivo leve

Eje II Ninguna

Eje III Diabetes Mellitus, Hipertensión

Eje IV Z 73 0 agotamiento

Z 73 3 Estrés

Eje V 68 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 17
 - Final 8

CASO NO 10.

Datos Generales

Nombre	JO Villareal
Fecha de Nac	3/ 03/ 1966
Sexo	Masculino
Estado Civil	Unido
Edad	44 años
Raza	Negro
Nivel educativo	Univérsitana
Religión	Católico
Ocupación	administrador
Dirección	Veraguas
Ingresos	790 00
Tiempo con diabetes	2 años

Historia Actual

“ siento que estoy perdiendo la poca paciencia que me queda , cada día que pasa siento que mi problemas van en aumento , desde que me dijeron que era diabético todo en mi casa en mi trabajo ha cambiado, tengo problemas con mi pareja ya que ella no me comprende , además ahora me reclama y hecha la

culpa que no hayamos podido tener hijos, los problemas de pareja cada día se vuelven mas intensos, por eso deseo participar de este tratamiento que nos van a brindar, ya que yo nunca he recibido ayuda ya que siempre había pensado que los problemas se podían solucionar de manera racional y hablando pero siento que ya no tengo tolerancia para hablar del tema”

Historia Anterior:

Paciente con diagnóstico de Diabetes mellitus, hipertensión controlada ambas enfermedades por medicina interna aproximadamente dos años de evolución, toma actualmente glicazide , sulbatastina, Enalapril dos veces al día , niega hospitalizaciones u operaciones

Historia Personal

Es el segundo hermano de tres, paciente casado hace unido hace aproximadamente doce años, con ausencia de hijos ya que refiere que siempre pensó prepararse para ser padre y brindarle un hogar sin carencias tanto económicas como afectivas, así se le pasaron los años y han podido tener problemas que se ha ido agudizando ante los diagnósticos de las enfermedades crónicas que padece. Tiene buena relación con sus hermanos, y la relación con su padre mientras estaba vivo fue buena, con su madre siempre ella lo ha sobreprotegido pero considera que es una buena madre

Historia Familiar:

Paciente con padre ausente ya este murió hacen cinco años de un aneurisma , madre con madre con historia de diabetes de mas de siete años de evolución , familiares con retrasos mentales por línea materna y familiares con adiciones a las drogas (cocaína) por línea paterna

Estado Mental

Aspecto General	inadecuado
Actividad Motora	leve
Expresión del Rostro,	leve
Mimica	ligera
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	muchas
Orientacion espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos despersonalización	No
Atención voluntaria	Si
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I F32 0 Episodio depresivo leve

Eje II Ninguna

Eje III Diabetes Mellitus, Hipertensión

Eje IV Z81 0 historia familiar de retraso mental

 Z81 3 abuso de sustancias psicotrópicas

Eje V 68 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 20
 - Final 6

CASO NO. 11**Datos Generales**

Nombre	K Hernández
Fecha de Nac	31/ 03/ 1970
Sexo	femenino
Estado Civil	soltera
Edad	28años
Raza	Blanca
Nivel educativo	Universitaria
Religión	Católico
Ocupación	profesora
Dirección	Los Santos
Ingresos	900 00
Tiempo con diabetes	Un año

Historia Actual

“ Me siento mal desde hace semana ya que tengo problemas para dormir , me cuesta concéntrame en lo que hago, en mi trabajo estoy atrasada por que me la paso pensando en cosas que no tienen sentido , ya que hace un año me

diagnosticaron la diabetes y desde ese momento he tenido que hacer algunos cambios en mi vida y los cuales me han estresado un poco además, en las mañanas que es cuando me toca ir a trabajar ya casi no me quiero levantar de la cama , he perdido algunas amistades que tenía ya que dicen que yo me he vuelto una persona muy amargada por eso deseo recibir ayuda psicológica ya que nunca la he recibido”

Historia Anterior

Paciente diagnosticada con diabetes mellitus controlada con glibencamida, metformina hace un año niega hospitalizaciones u otras intervenciones médicas, nunca se ha atendido con psicología

Historia Personal

Paciente que actualmente vive con su padre de edad avanzada siempre ha vivido con ellos, no tiene hermanos, de este matrimonio, pero tiene dos hermanos por fuera del matrimonio con quien tiene una buena relación

Historia Familiar

La relación con sus padre es buena, pero siente que ella no se ha podido realizar como mujer al tener una pareja ya que sus padres siempre le han querido imponer decisiones que ella no acepta como buscarle un novio que la garantizara un futuro, sin que ella lo amara, considera que por eso está sola.

Tiene dos tias por línea materna con historia de epilepsia Primo por linea paterna con trastorno mental sin atención psiquiatria

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	leve
Expresión del Rostro,	leve
Mímica	ligera
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	mucho
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria	Si
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I	F32 0 Episodio depresivo leve
Eje II	Ninguna
Eje III	Diabetes Mellitus, Hipertensión

Eje IV Z82.0 Historia familiar de epilepsia
 Z81.9 Trastorno mental o del comportamiento

Eje V 66 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 21
 - Final 8

CASO N0. 12

Datos Generales

Nombre	Carlos C
Fecha de Nac.	29/ 06/ 1965
Sexo:	Masculino
Estado Civil:	Unido
Edad:	27 años
Raza:	Blanca
Nivel educativo:	Universitaria
Religión:	Católico
Ocupación:	Ingeniero
Dirección:	Los Santos
Ingresos	1,000.00
Tiempo de tener diabtes	8 meses

Historia Actual

“Acudo ya que no me siento bien desde hace semanas, porque me siento triste, y sin ganas de trabajar, tengo problemas para dormir ya que me levanto varias veces en la noche sin motivo aparente, con esposa he cambiado un poco en el sentido de que ahora me he vuelto muy cascarrabias, con mucha facilidad terminamos discutiendo y después analizamos que son tonterías, creo que es parte de lo que estoy viviendo ya que después de tener un diagnóstico de diabetes esto me está costando aceptar mi realidad

Historia anterior

Paciente de cuarenta y cuatro años de edad, diagnosticado hace aproximadamente ocho meses con diabetes Mellitus, controlada por el momento con metformina , glibecamida dos veces al día, niega hospitalizaciones recientes , y refiere que nunca se ha atendido con psicología

Historia Personal

Paciente es el segundo hijo, unido aproximadamente cinco años con una señora mayor que él, sin hijos en este matrimonio aun que tiene tres hijos del matrimonio anterior, tiene buena relación con su hermana, y con su madre ya

que su padre hace aproximadamente cinco años falleció por problemas cerebrovascular

Historia Familiar

Paciente con antecedentes familiares de enfermedades vasculares, por línea paterna, además tiene familiares por línea materna con retrasos mentales, y una tía diagnosticada como paciente esquizofrenia hospitalizada muchos años en un hospital de la localidad, ya es de difícil manejo en casa

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	leve
Expresión del Rostro,	leve
Mimica	bastante
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	poca
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Buena
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos despersonalización	un poco

Atención voluntaria	regular
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I F32 0 Episodio depresivo leve

Eje II Ninguna

Eje III Diabetes Mellitus, Hipertensión

Eje IV Z81 01 Historia familiar de retraso mental

Z63 0 Problemas relación entre esposos o con pareja

Eje V 67 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 18
 - Final 5

CASO NO. 13
Datos Generales

Nombre	Francisco J
Fecha de Nac	26/ 06/ 1966
Sexo	Masculino
Estado Civil	Unido
Edad	46 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	Secundaria
Religión	evangélico
Ocupación	Trabajador Manual
Dirección	Los Santos
Ingresos	600 00
Tiempo con la diabetes	6 meses

Historia Actual

"Hace dia que siento que todo me sale mal, llego a mi trabajo tarde mi jefe me llama la atención en una ocasión hasta casi me votan ya que no permito que nadie me llame la atención, ahora casi siempre me cuesta salir de casa, mis amigos me han apartado ya que dicen que yo soy un agua fiesta, lo que pasa es que ellos no comprenden y aun no les he dicho que tengo diabetes y que por eso ya no puedo tomar alcohol como antes lo hacía ya que, antes era yo quien

organizaba las parrandas Actualmente me atiendo con medicina interna quien me tiene controlado el azucar, pero hay veces que he dejado de tomar medicamentos, y luego cuando me siento mal me los vuelvo a tomar "

Historia Anterior

Paciente que acude a este programa ya que refiere que nunca se ha atendido con psicologia y desea que se le ayude para poder ir aceptando su diagnóstico de diabetes el cual hace aproximadamente seis meses se lo diagnosticaron, paciente niega hospitalizaciones reciente, refiere que su vida ha cambiado mucho en estos ultimos meses

Historia Personal:

Paciente es hijo único las relaciones con su padre es buena aun que siente que su padre era duro con él al corregirle y siempre creció con un poco de temor hacia él, con su madre siempre ha notado que sobreprotege y que no le ha permitido que tome su propias decisiones, siempre opina en la s decisiones que debo tomar con mi esposa ya que si no se lo comentamos se molesta

Historia Familiar

Paciente con madre con diabetes Mellitus diagnosticada y controlada hace años y problemas de hipertensión, además tiene s antecedentes familiares por línea paterna (tío y primos) con abuso de alcohol

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	leve
Expresión del Rostro,	leve
Mimica	bastante
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	poca
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Regular
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos despersonalización	un poco
Atención voluntaria	Regular
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I	F32 0 Episodio depresivo leve
Eje II	Ninguna
Eje III	Diabetes Mellitus, Hipertensión
Eje IV	Z81 1 Historia familiar de abuso de alcohol
	Z62 1 Sobreprotección parental

Z62 3 hostigamiento y culpabilidad en la crianza

Eje V

66 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- Escala de Depresión de Beck
 - Inicio 17
 - Final 7

CASO NO. 14
Datos Generales

Nombre	Sofía H
Fecha de Nac	19/ 10/ 1966
Sexo	femenino
Estado Civil	separada
Edad	46 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	Primaria
Religión	católica
Ocupación	Administradora del Hogar
Dirección	Los Santos
Ingresos	no
Tiempo con diabetes	2 años

Historia Actual

“ Me siento triste ya que hace dias mi esposo me abandono después de tener doce años de relación y aun que mis hijos ya son mayores de edad , siento un vacío dentro de mí, hace varios meses atrás estaba con la sospecha que mi esposo me era infiel, ya que de un tiempo para acá empezó a llegar tarde y siempre tenia una excusa cuando yo le preguntaba, en el vecindario se comentaba que él tenia otra mujer pero yo me negaba a aceptar eso , ya que siempre él habia sido un buen padre y compañero, nuestra relación también fue

cambiando ya que yo creo que por estar enferma descuidé mucho a mi pareja, hace aproximadamente dos años me diagnosticaron diabetes pero en su momento mi esposo me apoyo, no sé por qué en estos momento me abandona, ultimamente no parece salir de casa, mis hijos me visitan ya que ambos tienen su propia familia y compromisos y yo solo me dedico a cuidar mi casa y vivo de una pensión que mis hijos me pasan

Historia Anterior

Paciente que hace dos años es tratada ya por medicina interna que padece de diabetes Mellitus controlada con Metformina, glibecamida, ha estado hospitalizada en dos ocasiones por que se ha descuidado el tratamiento, recibió ayuda psicológica en su momento, pero abandono los controles, refiere además que desea participar del programa para el manejo de síntomas depresivos ya que eso le ayudara a manejar muchos problemas que tiene actualmente

Historia Personal

Paciente es la tercera de cuatro hermanos, dos hermanas mayores y uno menor, su relación con sus hermanos no ha sido muy buena ya que siempre han discutido por motivos de rivalidad de quien los padres prefirían más o querían más

Historia Familiar.

Paciente con antecedentes familiares de diabetes padre, madre con problemas cardiacos, y tiene familiares ("primos que padecen d ataques") tengo una hermana que padece de hipertensión

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	leve
Expresión del Rostro,	leve
Mimica	bastante
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	poca
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Regular
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos despersonalización	un poco
Atención voluntaria	Regular
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I	F32 0 Episodio depresivo leve
Eje II	Ninguna
Eje III	Diabetes Mellitus,
Eje IV	Z63 5 Ruptura familiar por separación

Z63 8 Otros problemas específico relacionado al grupo primario

Z82 0 Historia familiar de epilepsia

Eje V 66 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

▪ **Escala de Depresión de Beck**

- Inicio 21
- Final 4

CASO NO. 15**Datos Generales**

Nombre	Graciela L
Fecha de Nac	11/ 09/ 1977
Sexo	femenino
Estado Civil	soltera
Edad	35 años
Raza	Blanca
Nivel educativo	Universidad
Religión	Católica
Ocupación	contadora
Dirección	Chitré
Ingresos	900 00
Tiempo con diabetes	5 meses

Historia Actual

“ Siento que mi malestar es de toda la vida desde niña tenía mucha tristeza por los problemas que pasaban en mi casa, los constates peleas entre mis padres, y el cambio constante del lugar de vivir y siempre crecí como inestable, ahora a mis treinticinco años las tristezas han aumentado ya que siento que he pasado mucho trabajo y no he sido feliz , ahora para colmo de males me diagnosticado diabetes, cosa que aun no he logrado superar del todo porque

ahora el estilo de vida mio ha cambiado respecto que debo comer y otros cuidados, ya casi no salgo de casa y si salgo solo es trabajar no tengo ganas de salir a divertirme ni muchos menos a compartir, el novio que tenía y dice que me quería terminamos hacen dos semanas, porque siempre me dice que yo soy muy explosiva, creo que tiene razón ya que siempre he sido de un carácter muy fuerte”

Historia Anterior

Paciente que fue diagnosticada hace cinco meses de diabetes, niega patologías anteriores, atendida por medicina interna y controlada con glibencamida, Metformina en tabletas dos veces al día. Se atiende además ya que tiene problemas de hipotiroidismos desde hacen cuatro años

Historia Personal

Paciente es la primera de las dos hermanas, la relación con su hermana menor es buena, aunque a veces discuten por cualquier tontería. Creo que a veces me siento como abandonada o falta de cariño por parte de mis padres ya que ellos se preocupan más por mi hermana, pero general son buenos padres

Historia familiar

Paciente con madre diabética controlada más de cinco años, padre con problemas del corazón, tiene primos por línea materna con retraso mental,

atendidos por instituciones especializadas, y una tía por línea paterna que padece de depresión

Estado Mental

Aspecto General	adecuado
Actividad Motora	leve
Expresión del Rostro,	leve
Mimica	pocas
Expresiones Afectivas	Ligeras
Ansiedad	bastante
Orientación espacial	Buena
Orientación temporal	Buena
Organización del pensamiento	Regular
Alucinaciones	No están presentes
Ideas Delirantes	No
Obsesiones y fobias	Si
Sentimientos despersonalización	no
Atención voluntaria	Regular
Atención espontánea	Regular

Impresión Diagnostica

Eje I F32 0 Episodio depresivo leve

Eje II	Ninguna
Eje III	Diabetes Mellitus,
Eje IV	Z61 1 cambio de domicilio en la niñez Z81 01 Historia familiar de retraso mental
Eje V	65 puntos al inicio

Pruebas aplicadas

- **Escala de Depresión de Beck**
 - Inicio 22
 - Final 5